

Åsikter om förlossningsvården

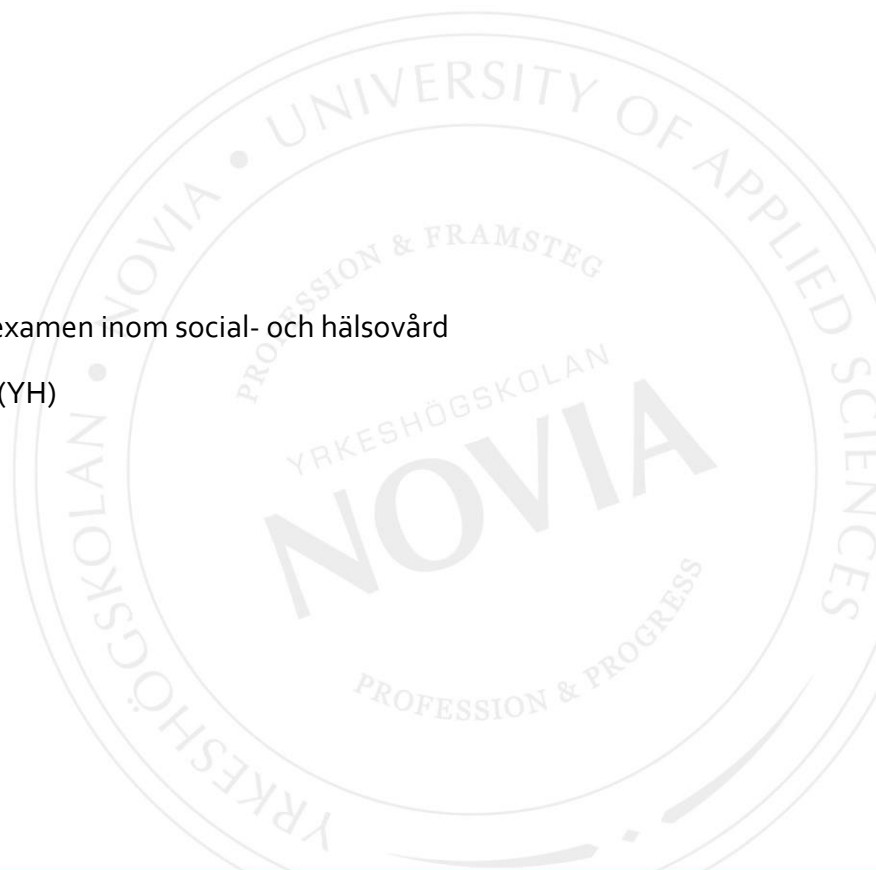
En studie av Österbottniska kvinnors diskussioner i sociala medier

Segervall Sofia

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Hälsovårdare (YH)

Vasa 2017



EXAMENSARBETE

Författare: Sofia Segervall

Utbildning och ort: Hälsovårdare, Vasa

Handledare: Marie Hjortell

Titel: Åsikter om förlossningsvården – En studie av Österbottniska kvinnors diskussioner i sociala medier

Datum: maj 2017

Sidantal: 32

Bilagor: 2

Abstrakt

Detta examensarbete är en kartläggning av åsikter som framförs av kvinnor i Österbotten gällande vårdpraxis vid förlossningar idag. Syftet är att lyfta fram de enskilda punkter där kvinnor i stor utsträckning ifrågasätter eller motsätter sig vårdpraxis. Genom att se närmare på de påståenden som används som argument i diskussionerna syftar arbetet till att upplysa rådgivningspersonal, och även förlossningsvården, om problematiken.

Arbetet har genomförts som en kvalitativ dokumentstudie av internetbloggar och diskussionsforum inom Österbotten. Internationella artiklar och forskningar försvarar och förklarar de ingrepp som görs enligt förlossningssjukhusets rutiner.

Resultatet av studien visar att de ingrepp man ställer sig motvilligt till gäller föderskan och barnet i två skilda kategorier. Gällande föderskan är det i störst utsträckning den kemiska igångsättningen och metoderna för smärtlindring som debatteras, medan det för barnet handlar om tidpunkten för avnavling och ett motstånd mot K-vitamininjektioner.

Slutligen kan konstateras att dessa ämnen borde få diskussionsutrymme på rådgivning och vid förlossningen i en positiv anda, då det ligger i föderskans intresse. Valet av tillvägagångssätt vid förlossningen är inte vårdpersonalens så länge inga hälsofarliga situationer uppstår, men genom en öppnare diskussion kunde föderskor få evidensbaserad information som kan stöda dem i beslutsfattandet innan de kommer för att föda.

Språk: Svenska

Nyckelord: förlossningsvård, personliga åsikter, förlossningsalternativ, önskemål, sociala media

BACHELOR'S THESIS

Author: Sofia Segervall

Degree Programme and place: Public Health Nurse, Vaasa

Supervisor: Marie Hjortell

Title: Opinions on delivery care – A study of discussions on social media by women in Ostrobothnia

Date: May 2017

Number of pages: 32

Appendices: 2

Abstract

This thesis is a mapping of the opinions that are shared between women in Ostrobothnia on blogs and internet forums regarding childbirth practices today. The objective is to raise the specific points where women in large question or object the health care practices performed at hospitals. By looking closer at the arguments used in the discussions this thesis aims to inform public health nurses, as well as delivery nurses, about the complex problems.

The thesis was realized as a qualitative study of documents, using internet blogs and discussion forums within Ostrobothnia as material for analysis. International papers and studies defend and explain the practices that are delivery hospital routine.

The result of the study shows that practices that are met with skepticism concerns the mother and the newborn in two categories. Concerning the mother, it is mainly the chemical onset of labor and the medical pain alleviation that are under debate. For the newborn, it concerns the time of cord clamping as well as an opposition against vitamin K injections after birth.

Ultimately, there is a need for these subjects to be taken into discussion at the maternal health station and at the delivery hospital, in a positive attitude and when the mother wishes to. The choice of line of action at delivery is reserved for the mothers, if no health-threatening situation arises. Through open discussion though, the mothers would receive evidence-based information at an earlier stage, and this could give them support when deciding on their attitude towards birthing practices.

Language: Swedish

Key words: childbirth, personal opinions, birthing options, delivery wishes, social media

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Syfte och frågeställning	2
3	Teoretisk utgångspunkt.....	2
4	Teoretisk bakgrund.....	5
4.1	Igångsättning.....	5
4.1.1	Prostaglandin	6
4.1.2	Ballongmetod	7
4.1.3	Håltagning av fosterhinnor	7
4.1.4	Oxytocininfusion.....	8
4.2	Smärtlindring.....	8
4.2.1	Naturlig smärtlindring	8
4.2.2	Epiduralbedövning	8
4.2.3	Spinalbedövning	10
4.2.4	Paracervikalblockad.....	10
4.2.5	Pudendusblockad	10
4.3	K-vitamin	10
4.4	Sen avnavling	11
4.5	Tidigare forskning angående kvinnors åsikter om förlossningsvården	12
5	Metod.....	13
5.1	Urval.....	13
5.2	Datainsamling.....	14
5.3	Dataanalys	15
5.4	Etik.....	16
6	Resultat.....	16
6.1	Föderskan	17
6.1.1	Motstånd mot kemisk igångsättning.....	17
6.1.2	Otrygghet gällande medicinsk smärtlindring	20
6.2	Barnet.....	21
6.2.1	Att själv välja tidpunkt för avnavling.....	21
6.2.2	Motstånd mot K-vitamininjektioner	22
7	Diskussion	25
7.1	Metoddiskussion	25
7.2	Resultatdiskussion.....	26
7.2.1	Barnets förlossningsvård.....	26
7.2.2	Föderskans förlossningsvård.....	27
7.2.3	Relation till den teoretiska utgångspunkten	30
7.3	Slutledning	31
	Källor.....	33
	Bilagor.....	38
	Bilaga 1: Söktabell av tidigare forskningar.....	38
	Bilaga 2: Sammandrag av tidigare forskningar	39

1 Inledning

Förlossningen är en upplevelse som varje kvinna slutligen blir tvungen att slutföra på egen hand, och som inte är jämförbar med det någon annan upplevat. I och med att förlossningarna skiljer sig så från varandra blir det svårt att hitta en vårdkedja som passar för alla. Under uppbyggandet av vårt samhälle, var det kanske just uppbyggandets kraft som höll oss samman. Nu har vi uppnått en vård med sådan standard att det i motsats uppstår ett begär efter det anpassade och individuella, istället för det tekniska och "sjukhusaktiga".

Jag kom i kontakt med ämnet "Åsikter om förlossningsvården" genom min första praktik som hälsovårdsstuderande på en förlossningsenhet. Jag blev främst uppmärksam på ämnet, i och med att det som diskuterades mellan förlösande mödrar och vårdpersonal var för mig sådana självklarheter. Det är idag tidvis svårt att våga lita på de kunniga, på de som har studerat, forskat och eftersträvar en trygg tillvaro för sina patienter, då man samtidigt har ett sådant starkt flöde av information också via sociala medier. Vi påverkas i mycket hög grad av information och nyheter som sprids snabbt mellan privata personer utan inflytande av ett statligt institut eller en högre instans, men som uppger sig för att referera till forskning och ha saklig kunskap. Vården och den evidensbaserade forskningen har sällan samma chans att hinna försvara sig mot påståenden om dess trovärdighet och riktighet.

Genom utförandet av denna studie har jag blivit mer ödmjuk till de mödrar som ifrågasätter vårdpraxis på sjukhusen idag och insett att det finns ett stort behov och även utrymme för utveckling av vården i enlighet med den tid vi lever i. Samtidigt har jag blivit än mer övertygad om att den kunskap som bland annat läkare, barnmorskor, forskare och experter besitter är ovärderlig och tillförlitlig. Det som behöver göras är att sammanlänka den traditionella vårdpraxisen med den modernare kvinnan som kommer till förlossningen idag.

I Finland har vi den lägsta statistiken på dödsfall i samband med graviditet och förlossning i hela Norden, och bland de fyra bästa i hela världen, med en uppskattning av tre dödsfall per 100 000 födda. I jämförelse ses Sierra Leone med 1 360 dödsfall per 100 000 födda. De främsta orsakerna till dödsfall är allvarliga blödningar, infektioner, pre-eklampsi och eklampsi, komplikationer vid själva förlossningen, samt riskfyllda aborter. Skillnaderna är stora internationellt länder emellan och tillgången till utvecklad sjukvård är en avgörande faktor när det kommer till att rädda liv. (WHO, 2015)

2 Syfte och frågeställning

Syftet med mitt arbete är att kartlägga den trend inom förlossningsvården som har fått spridning bland kvinnor i Österbotten de senaste åren. Jag skriver arbetet för att påtala trenden och därmed göra hälsovårdare medvetna om den attitydförändring som sker, samt för att förbereda hälsovårdare på diskussionen med kvinnor kring detta ämne.

Den frågeställning som ämnas besvaras i examensarbetet är:

- Vilka kritiska åsikter till rutinåtgärder vid förlossningspraxis diskuteras bland kvinnor på sociala medier i dag?

3 Teoretisk utgångspunkt

Som vårdteoretisk utgångspunkt har jag valt att använda Aaron Anthonovskys teori om känsla av sammanhang, KASAM. Jag utgår från Aaron Antonovskys bok ”Hälsans mysterium” (1991) som beskriver hans teori om hur vi alla blir påverkade av stressorer i vardagen, men att hälsan bibehålls tack vare de färdigheter vi har för att möta och hantera dessa stressorer. Han diskuterar kring hur en del av oss har dessa färdigheter och bibehåller hälsa trots påfrestningar och motgångar, gentemot andra som inte gör det.

Känslan av sammanhang utgörs huvudsakligen enligt Anthonovsky (1991) av tre komponenter: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. De som har en stark KASAM förväntas klara svåra motgångar och kan se tillbaka på sina liv med en positiv känsla, trots många eventuella motgångar de blivit tvungna att hantera; de befinner sig på plussidan i en skala av hälsa-ohälsa. De tre komponenterna begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet har Anthonovsky identifierat genom djupgående intervjuer med 51 sinsemellan väldigt olika deltagare, men som hade två gemensamma nämnare; de hade gått igenom mycket svåra trauman och de hade klarat sig genom dessa anmärkningsvärt väl. De gemensamma teman som gång efter gång framkom hos de som bedömdes ha en stark KASAM, och som i raka motsatsen delvist eller totalt fattades hos de som bedömdes ha en svag KASAM, var just de tre komponenterna begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet.

Begripligheten syftar till den utsträckning i vilken man upplever att inre och yttre påverkan, stimuli, är förnuftsmässigt begripliga. Anthonovsky delar in perceptionen av stimuli som en upplevelse av antingen information eller brus. Då stimuli är begripligt

kommer den som information som är sammanhängande, strukturerad, ordnad och tydlig, medan ett brus upplevs som kaotiskt, slumpmässigt, oordnat, oväntat och oförklarligt. Den som har en hög känsla av *begriplighet* går med förväntan att de stimuli man möter i framtiden kommer vara förutsägbara, och om de kommer som en överraskning går de åtminstone att ordna upp och förklara. Anthonovsky (1991) påpekar att det inte har att göra med händelsens önskvärdhet. Även om det kommer misslyckanden, krig eller död så förmår personen ifråga att göra situationerna begripliga för sig. En person som bedömts ha en stark KASAM berördes heller aldrig av begreppet ”olycksfågel”, vilket var det mest frekvent framkommande i intervjuer med personer som bedömdes ha svag KASAM. Även om man råkat ut för saker och ting, som var av uteslutande olyckliga slag, räknade man ändå inte med att det för den sakens skull skulle fortsätta så livet ut. Med en stark KASAM upplevdes livets olika händelser som en utmaning och en erfarenhet man kan handskas med och möta. Även då de upplevelser som personen gått igenom har varit mycket svåra, kunde händelsen och följderna som värst ändå ses som uthärdliga. Den känslomässiga formuleringen för begriplighet, som även uttrycker tillförsikt, är enligt Anthonovsky att ”saker och ting kommer att ordna sig” (1991, 44).

Den följande komponenten *hanterbarhet* definieras av Anthonovsky (1991, 44-45) som den grad till vilken personen upplever sig ha resurser till sitt förfogande, med vilka personen klarar av att möta stimuli och de krav som faller därpå. De resurser som räknas till att stå till förfogande är alltså sådana som är under ens egen kontroll, eller som kontrolleras av en annan till vilken man känner tillit, exempelvis make eller hustru, vänner eller läkare. *Hanterbarhet* innebär att inte känna det som att man är ett offer i olika omständigheter eller att man blir orättvist behandlad av livet självt. Om man har en hög känsla av hanterbarhet kan man inse att olyckliga ting händer i livet men ändå lita på att man reder sig och inte fastnar i en evig sorg.

Meningsfullhet står för den tredje och sista centrala komponenten i Anthonovskys (1991) beskrivning av känslan av sammanhang. Den betonar vikten av att känna delaktighet och medverkan i formandet av ens eget öde och ens dagliga erfarenheter. Formellt uttrycker Anthonovsky begreppet *meningsfullhet* som den utsträckning i vilken man känner att livet har en känslomässig innebörd. De respondenter som deltog i intervjuerna med bedömningen att ha en stark KASAM nämnde ofta de områden i livet som de var mycket engagerade i och som var viktiga för dem. Sådant som sker inom dessa områden kunde de betrakta som utmaningar som var värda det känslomässiga engagemang och den investering som krävdes, utmaningar som kunde välkomnas snarare än bördor man önskar

bli utan. Med låg KASAM kunde respondenterna i extrema fall uppleva att det inte över huvud taget fanns något i deras liv som känslomässigt betydde mycket för dem. I fall där det fanns något livsområde som var viktigt framkom det ändå som ett ovälkommet krav eller en betungande börda. Anthonovsky (1991, 46) påpekar dock specifikt att graden av meningsfullhet hos en person inte påverkar ens reaktion på det oönskade, till exempel blir den personen inte glad över att en närstående dör eller att man blir uppsagd från jobbet. Det innebär istället att med en hög känsla av meningsfullhet dras personen inte för att konfrontera utmaningen, utan är inställd på att ge sitt bästa och klara sig ur det med värdigheten i behåll.

De tre centrala komponenterna för KASAM kan således sammanfattas enligt följande:

”Känslan av sammanhang är en global hållning som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomträngande och varaktig men dynamisk känsla av tillit till att (1) de stimuli som härrör från ens inre och yttre värld under livets gång är strukturerade, förutsägbara och begripliga, (2) de resurser som krävs för att man skall kunna möta de krav som dessa stimuli ställer på en finns tillgängliga, och (3) dessa krav är utmaningar, värda investering och engagemang.” (Anthonovsky, 1991, 46)

Om man härrör Anthonovskys teori över till den gravida och förlösande kvinnan, är begreppen begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet mycket talande och väsentliga för kvinnans eget välmående under förberedelsetiden, under förlossningen och även efteråt då hon blickar tillbaka på det hon erfarit. Teorin är användbar både då man ser tillbaka på en positiv förlossningsupplevelse, såväl som en negativ, i analysen av hur upplevelsen bearbetas av kvinnan, och hur bearbetningsprocessen skiljer sig från kvinna till kvinna. Då man talar om *begriplighet*, och Anthonovskys (1991) eget uttalande om att det känslomässigt kan förklaras med att ”saker och ting kommer att ordna sig”, kan det vara en känsla som är nog så starkt förankrad innan förlossningen får sin början, men som övergår i och med förlossningens gång om de andra delarna av KASAM inte uppfylls hos kvinnan, och om situationen blir för henne ogripbar.

Känslan av *hanterbarhet* kan hos kvinnan under förlossningen vara svag, om hon inte upplever sig delaktig i och hörd kring hur processen förlöper och vad hennes egen önskan är. Känslan av delaktighet väger tungt då man blickar tillbaka på en sådan upplevelse. Många kvinnor nämner bemötandet de fått av personal och läkare som något som starkt har påverkat deras upplevelse av förlossningsvården. Om man inte kan känna tillit och förtroende mellan sig själv och den vårdpersonal eller den läkare som har hand om en i ett så sårbart tillstånd som förlossningen innebär,

påverkar det starkt ens känsla av sammanhang. Dock har en person med starkt KASAM lättare att gå vidare efter ett dåligt bemötande, eller en situation var man känt sig utelämnad eller hjälplös efter en förlossning, men känslan av delaktighet är speciellt viktig hos en föderska.

Det som stärker en kvinna genom förlossningen är troligen det sista begreppet, *meningsfullhet*. En förlossning är i de flesta fall något som innehar en känslomässig betydelse för kvinnan, och är det som kan tolkas som ”utmaningar värda det känslomässiga engagemang och den investering som krävs” (Anthonovsky, 1991). Med hjälp av meningsfullheten kan man även komma vidare trots att förlossningen varit svår, och om ens KASAM är svag på de andra punkterna kan meningsfullheten man känner inför sitt nyfödda barn vara det begrepp som hjälper att hålla personen ovanför ytan då man bearbetar eventuellt trauma.

4 Teoretisk bakgrund

I den diskussion som förs i bloggvärlden och på diskussionsforum på internet gällande förlossningsvården handlar ingreppen man motsätter sig delvis föderskans förlossningsvård och delvis det nyfödda barnets vård. Dessa vårdåtgärder som diskuteras hör till de förebyggande åtgärder som tas inom förlossnings- och barnavården innan, under och efter födseln enligt förlossningssjukhusets rutinbeskrivningar. Igångsättning på kemisk väg, påtryckningar från vårdpersonalen gällande epiduralbedövning, administrering av oxytocin till modern vid efterbördsskedet, K-vitamininjektion till det nyfödda barnet, samt tidpunkten för avnavling är det mest diskuterade på sociala medier bland kvinnor i Österbotten, och dessa rubriker är vad som valts att diskuteras närmare i den teoretiska bakgrunden.

4.1 Igångsättning

Igångsättning sker på sjukhuset genom uppmjukandet av livmoderhalskanalen antingen medicinskt eller genom ballongmetoden, eller så sätts värkarna igång genom punktering av fostervattenhinnorna eller med oxytocininfusion. Enligt Helsingfors och Nylands Sjukvårdsdistrikts (HNS, 2012) anvisningar för patienten är en igångsättning av förlossningen nödvändig om det finns risker för barnets och moderns hälsa. Det finns en

något ökad risk för kejsarsnitt eller assisterad förlossning, till exempel användandet av sugklocka, vid en igångsättning och beslutet övervägs därför alltid noga och individuellt för varje graviditet. Om en förlossning sätts igång för tidigt eller utan orsak kan det få förloppet att avstanna och resultera i ett onödigt snitt. Orsaker till igångsättning är bland annat blodtryckssjukdom under graviditeten eller pre-eklampsi, överburenhet, det vill säga då 42 graviditetsveckor har gått, leversjukdom under graviditeten eller hepatos, insulin behandlad diabetes, blodgruppsimmunisering, infekterat fostervatten, fostervattenavgång vid fullgången graviditet men med uteblivna sammandragningar, minskad fostertillväxt och hotad syrebrist för barnet. (HNS, 2012)

4.1.1 Prostaglandin

Prostaglandintabletten Cytotec, vars verksamma ämne är misoprostol, är ett läkemedel mot magsår. Det används även vid igångsättning av förlossningar på finländska förlossningssjukhus, och även i de allra flesta länder i Europa, bland annat Nederländerna, Tyskland och Schweiz. (Rath & Tsikoura, 2015) Cytotec rekommenderas inte till gravida kvinnor, eftersom det ”inducerar uterus kontraktion och är associerad med missfall, för tidigt födsel, fosterdöd och födelsedefekter.” (FassVårdpersonal, 2012) Orsaken till att Cytotec används vid igångsättning är, som framkommer i läkemedlets förteckning till vårdpersonalen, att det har en kontraherande effekt på livmodern och livmoderhalsens uppmjuknande. Det fungerar således både vid ingångsättning av förlossning, samt vid abort av foster. Dock nämns det inte i bipacksedeln att Cytotec kunde användas till igångsättning eller aborter utöver magsårsbehandling. (Fass, 2012)

Misoprostol (Cytotec) kan ges både i vaginal form och som tablett, men enligt en rekommendation från World Health Organisation (WHO, 2013) har den oralt intagna dosen en lägre statistik av kejsarsnitt, överstimulering av livmodern och postpartum blödningar och en positivare effekt på barnets mående, i jämförelse med vaginalt administrerad Cytotec. Även i jämförelse med andra konventionella prostaglandinläkemedel har Cytotec lägre statistik på kejsarsnitt, behov av lokal anestesi, och behov av oxytocininfusioner för att öka krystvärkarna i samband med förlossningen. Det är även ett mindre kostsamt alternativ i jämförelse med andra prostaglandiner. Cytotec kan i motsats till andra prostaglandinläkemedel även ges till astmatiker och till föderskor med svår pre-eklampsi eller svår graviditetsrelaterat förhöjt blodtryck. (Rath & Tsikouras, 2015) Enligt FassVårdpersonal (2012) finns det ingen känd frekvens på biverkningar av Cytotec som orsakar ”fostervattenemboli, onormala kontraktioner av uterus, fosterdöd,

ofullständig abort, för tidig födsel, kvarhållen placenta, uterus ruptur, uterus perforation”. Ingen känd frekvens innebär att saken inte kan beräknas från de data som finns tillgängliga. (FassVårdpersonal, 2012) Cytotec är kontraindicerat för kvinnor som tidigare genomgått kejsarsnitt, och man tar då först till andra metoder såsom ballongkateter. En studie av Rath & Tsikouras (2015) omprövar denna restriktion och menar att det behövs uppdaterad forskning kring ämnet, då senaste forskning baserar sig på en studie av insamlat material från 1997-2004. De vill att man tar hänsyn till fler aspekter som kan påverka förloppet, såsom dosering och doseringsintervaller, livmoderns reaktion till olika doseringar samt en under åren ökad klinisk erfarenhet. Man utesluter inte att Cytotec, med rätt tillvägagångssätt, kunde användas även efter ett tidigare snitt. (Rath&Tsikouras, 2015)

Tillvägagångssättet vid igångsättning beror på livmoderhalskanalens tillstånd som utvärderas vid inre undersökning. Om den är mycket omogen, det vill säga en lång kanal som inte öppnat sig mycket än, vill man börja med att mjuka upp livmoderhalskanalen. Det kallas ännu inte igångsättning av förlossning, utan uppmjukande av livmoderhalskanalen. Med hjälp av Cytotec mjukar man medicinskt upp livmoderhalskanalen och det administreras vanligen med fyra timmars mellanrum, antingen i slidan eller via munnen. Misoprostol har en halveringstid på cirka åtta timmar (FassVårdpersonal, 2012) , varför man upprepar dosen tills den ger effekt i form av värkar. Barnets hjärtljudskurva följs med innan och efter administrering av medicinen för att försäkra sig om att barnet mår bra. (HNS, 2012)

4.1.2 Ballongmetod

Med hjälp av ballongmetoden utvidgar man livmodermunnen, och då förs en kateter in genom livmoderhalskanalen och placeras mellan fostervattenhinnorna och livmoderväggen. Kateterspetsen fylls med vatten vilket inifrån sätter tryck på livmoderhalsen som börjar mogna och utvidgas. Det innefattar inga läkemedel och har sällan negativa effekter. Hur snabbt förlossningen sedan startar beror på livmoderhalsens mognad, vilket är mycket individuellt. Om livmoderhalskanalen är mycket omogen kan det dröja flera dagar innan förlossningen sätter igång. (HNS, 2012)

4.1.3 Håltagning av fosterhinnor

Efter att livmoderhalsen utvidgats 2-3cm kan man vid behov ta håll på fosterhinnorna så att vattnet går och värkarna sätter igång. Detta är varken smärtsamt eller skadligt för vare sig

kvinnan eller barnet. Hos 70% av kvinnorna startar värkarbetet efter håltagning av hinnorna. (HNS, 2012)

4.1.4 Oxytocininfusion

Om värkarna inte startar självmant försöker man effektivera dem med hjälp av att administrera oxytocinhormon intravenöst. Oxytocindropp kan också ges ifall värkarna inte kommit igång då det är länge sedan vattenavgång, i regel 24 timmar. (HNS, 2012) Oxytocin ökar frekvensen och styrkan på värkarna och stimulerar det egna värkarbetet hos kvinnan och ges i förhoppningen att ett kejsarsnitt ska kunna undvikas. Om kvinnans öppningsskede är väldigt utdraget, över ett dygn, tyder det på ett svagt värkarbete och kan göra kvinnan utmattad så hon inte orkar genom förlossningen och då kan värkarbetet stimuleras med hjälp av oxytocinet. Förutsättningen är att livmodertappen är mogen, annars behövs livmodermjukande medicin ges först. (Dagerhamn et.al., 2015)

4.2 Smärtlindring

Smärtan vid en förlossning är en naturlig och positiv smärta som känns betydelsefull. Ändå är lindringen av smärtan för kvinnan en viktig del av förlossningsvården som ges.

4.2.1 Naturlig smärtlindring

Som naturlig hjälp mot smärtan under förlossningens gång kan kvinnan med fördel använda sig av olika viloställningar och redskap såsom gympaboll eller gungstol. Värme har en lugnande effekt på kroppen och många upplever ett välbehag och tillfällig smärtlindring av värmedyna, en varm dusch eller ett varmt bad, badvattnet bär även kroppen och kan hjälpa till att lätta på trycket och ge henne en bekvämare ställning. Även beröring och massage har en smärtlindrande effekt, såsom att någon håller handen mot smärtpunkten. Under alla skeden av förlossningen, och även upprepade gånger, kan man injicera sterila aquakvaddlar under huden vid smärtpunkterna på ryggen och magen och detta kan lätta mot förlossningssmärterna. (HNS, w.y.)

4.2.2 Epiduralbedövning

I medicinsk väg finns ett antal smärtlindringsmetoder. Epiduralbedövning är ett medicinskt tillvägagångssätt som används över hela världen för att lindra förlossningssmärter. Uppskattningsvis 50% av alla kvinnor som föder på sjukhus föder med stöd av en

epiduralbedövning, enligt National Center for Biotechnology Information (NCBI, 2012). En epiduralbedövning betyder att smärtstillande medicin injiceras in i epiduralrummet i ryggraden och stoppar signalerna mellan kroppens nedre del och hjärnans smärtcentrum. Epiduralen ges i nedre delen av ryggen, och då den fungerar som den ska känner kvinnan inga smärtor överhuvudtaget från injiceringsstället och neråt. Då dosen av smärtstillande är låg kan kvinnan fortfarande röra på sig och gå. (NCBI, 2012) Kvinnan måste dock ligga ner en halvtimme efter att epiduralen getts. (HNS, w.y.) Samtidigt sätts ett perifert dropp åt kvinnan som en inkörsport för vätska och mediciner om det skulle behövas, till exempel vid blodtrycksfall vilket kan förekomma i samband med epidural.

Ungefär 14% av kvinnor får blodtrycksfall vid epiduralbedövning, vilket kan leda till yrsel och illamående. En annan vanlig biverkning av epiduralbedövning är att det börjar klia i kroppen. Kvinnan kan även få feber, vilket förekommer hos 23% av kvinnor. I jämförelse med kvinnor som föder med stöd av annan smärtlindring är uppkomsten av feber 7%. Känslösbortfall och pirr i benen förekommer, och cirka 15% av kvinnor får problem att urinera efter en epiduralbedövning och kan då behöva få hjälp att tömma sig genom katetrisering. Hos 1% av kvinnor uppkommer svår huvudvärk, vilket kan uppstå om epiduralnålen punkterar det innerliggande lagret, duran, runt ryggraden vilket gör att duravätska läcker ut. Huvudvärken kan hålla i sig flera dygn tills balansen har återställts. Risken att drabbas av huvudvärk i samband med förlossning med epiduralbedövning är inte högre än vid andra smärtlindringsmetoder. (NCBI, 2012) All medicin som ges till kvinnan förs över i en viss mängd till barnet via navelsträngen, så även en del av epiduralbedövningen. I jämförelse med andra mediciner för smärtlindring har epiduralen ingen större påverkan på barnet. En epidural kan däremot förlänga förlossningen för kvinnan då barnet kan ha svårt att placera sig i den mest fördelaktiga positionen i bäckenet. Det finns en 4% högre risk att barnet behöver assistans i förlossningen, till exempel användandet av sugklocka, vid epiduralbedövning. Vid assisterad förlossning behöver man oftast göra en episiotomi, det vill säga ett klipp i mellangården, när barnet ska ut och klippet behöver sys efteråt. Risken för assisterad förlossning är cirka 14% vid epiduralbedövning och cirka 10% i annat fall, enligt NCBI (2012). Förekomsten av epiduralbedövning i Finland mellan 1995-2011 har ökat från cirka 20% till närmare 50%, men förekomsten av episiotomier har faktiskt minskat i lika stor grad. (THL, 2012)

Enligt statistik från NCBI (2012) är risken för kejsarsnitt efter en epiduralbedövning inte större än vid förlossning utan epidural. Vid ett eventuellt snitt kan epiduralen dock användas som bedövningsmetod under operationen istället för nedsövning. (NCBI, 2012)

En äldre studie av Lieberman et.al. (1996) visade då att risken för kejsarsnitt efter epiduralbedövning var 13% högre än hos kvinnor som födde utan epidural.

4.2.3 Spinalbedövning

Andra medicinska tillvägagångssätt för att lindra smärtan i samband med förlossning är spinal anestesi, vilket har samma principer som epiduralen men injiceras som en engångsdos närmare ryggmärgen. Den har snabbare men kortvarigare effekt och den kan ges om förlossningen framskridit så pass långt att en epidural inte går att sätta mera. (NCBI, 2012)

4.2.4 Paracervikalblockad

En paracervikalblockad är en bedövning som injiceras i livmodermunnen via slidan. Den har snabb verkan och är till för att underlätta öppningsskedet. (THL, 2012)

4.2.5 Pudendusblockad

En pudendusblockad används i början av utdrivningsskedet och är en bedövning som sätts i bäckenbottenmuskeln. Den injiceras strax framför sittbenen via slidan, då livmodermunnen är fullt öppen och kvinnan ska påbörja krystningsskedet. (THL, 2012)

4.3 K-vitamin

K-vitaminet behövs för att blodet ska kunna levara sig, eller koagulera, och K-vitamininjektionen ges till nyfödda för att förhindra blödningar hos barnet, då den mängd lagrat K-vitamin hos barnet vid födseln är mycket låg. Injektionen är säker för barnet. De biverkningar som har konstaterats av K-vitamininjektioner är de samma som för andra injektioner, nämligen svullnad, blånad eller värk vid injektionsstället. Några fall av ärrbildning vid injektionsstället har konstaterats. Endast ett fall av allergisk reaktion har rapporterats. (CDC, 2016)

K-vitaminbrist förekommer hos nyfödda för att mängden lagrat K-vitamin vid födseln är mycket liten. K-vitaminet överförs inte till barnet från moderkakan och inte heller i tillräckliga mängder genom bröstmjölken vid amning, eftersom bröstmjölken innehåller mycket små mängder K-vitamin. En plötslig blödning kan uppstå på grund av den minskade koagulationsfaktorn i upp till 12 veckor efter förlossningen och symtomen varierar från mild hemorrage, såsom blåmärken, blödning från stickställen eller naveln och

gastrointestinala blödningar, till allvarliga komplikationer med hjärnblödning, bestående neurologiska skador och en hög dödsstatistik på 20% bland de barn som drabbas av en sen K-vitaminorsakad blödning i åldern 2-12 veckor. (Lippi & Franchini, 2011) Administrering av K-vitamin till barnet vid födseln har minskat avsevärt på förekomsten av blödningar hos spädbarn orsakade av K-vitaminbrist, enligt Dekker (2015). I Europa är risken för att drabbas av K-vitaminrelaterad blödning mellan 4,4 till 10,5 per 100 000 födda. I Asien är förekomsten av K-vitaminrelaterad blödning av okänd orsak högre, 1 per 6000 födda. Trots att förekomsten av allvarlig blödning är sällsynt är fördelarna med administrationen av K-vitamin så pass stora att den profylaktiska vården är universellt rekommenderad idag. (Dekker, 2015, Lippi & Franchini, 2011)

I Finland har spädbarn fått en injektion med 1 mg K-vitamin strax efter födseln sedan 1950-talet, och det har gjort att den blödarsjuka som kan uppstå hos spädbarn så gott som upphört förekomma. (Järvenpää, 2002) Man har märkt av ett visst motstånd mot K-vitamininjektioner bland uppskattningsvis 2-3% av föräldrar i Finland, enligt en intervju med HUS Barnkliniken överläkare Andersson (Lakka, 2017). De orsaker föräldrarna uppgett som argument är enligt intervjun referensen till två studier som gjordes i början av 90-talet, där man hävdar ett samband mellan barncancer och K-vitamininjektionerna. (Golding, Paterson & Kinlen, 1990; Golding et.al., 1992). Detta samband har senare blivit tillintetgjort i flera omgångar och av olika forskningar internationellt. (Roman et.al., 2002; McKinney et.al., 1998; Parker et.al., 1998)

I Finland och Sverige används Konakion som preparat för K-vitamininjektioner. Den innehåller förutom K-vitaminet (fytomenadion) även glykocholsyra, natriumhydroxid, lecitin, saltsyra och vatten för injektionsvätskor. (FassAllmänhet, 2015) Glykocholsyra är en gallsyra som är naturligt förekommande i gallan. Natriumhydroxid är en soda som används för att åstadkomma en neutral eller basisk miljö. Lecitin hör till gruppen fosfolipider som är fettliknande föreningar och har viktiga funktioner i alla växt- och djurceller. Saltsyran finns naturligt i magsäcken för att behålla pH-värdet och för att bryta ner näringsämnen. (NE, 2017; Med-Health, 2017)

4.4 Sen avnavling

När barnet föds är det fortfarande fäst vid modern och moderkakan via navelsträngen och navelsträngen klampas och klipps av för att separera barnet från modern. Vid tidig avnavling klipps navelsträngen inom 60 sekunder efter förlossningen och vid sen

avnavling klipps navelsträngen efter att 60 sekunder har passerat eller då navelsträngen slutat pulsera. (WHO, 2017) WHO rekommenderar att navelsträngen inte klipps för tidigt, utan först efter 1-3 minuter, om inte barnet behöver akut neonatalvård och behöver föras bort från modern. Sen avnavling gör att blodflödet mellan barnet och moderkakan fortskrider och förser på så vis barnet med ett större järnförråd som det har nytta av i upp till sex månaders ålder. WHO's rekommendationer från 2012 fastställer att sen avnavling, efter 1-3 minuter, är gällande för både vaginala födselar som för kejsarsnitt. Samma rekommendationer gäller även för fullgångna som prematura barn, och ett prematurt eller för tidigt fött barn har troligen extra stor nytta av den extra blodmängden som tillförs genom navelsträngen under 1-3 minuter efter förlossningen. (WHO, 2017) American College of Obstreticians and Gynecologists (ACOG, 2017) menar att 80 ml blod förs över till det nyfödda barnet den första minuten efter födseln, och mängden uppgår till 100 ml under tre minuter. Barnets första andetag ökar tillfälligt överföringen av blod via navelsträngen, vilket kunde innebära att det är av särskild vikt att invänta detta andetag innan navelsträngen stygs åt. Rekommendationen från American College of Obstreticians and Gynecologists (2017) är ändå att vänta åtminstone 30-60 sekunder med att klampa och klippa navelsträngen. Studier från 2012 av prematura barn påvisade att avnavling som skedde mellan 30-180 sekunder innebar mindre förekomst av blodtransfusioner till den nyfödda, mindre fall av intraventrikulär blödning och mindre förekomst av nekrotiserande enterokolit, i jämförelse med att navelsträngen klampas och klipps genast. Fördelarna i långa loppet är högre hemoglobinnivåer och en bättre järnförråd hos den nyfödda, vilket associeras till den neurologiska utvecklingen som var aningen bättre hos de 4-åringar som undersökts som genomgått sen avnavling. Nackdelarna med sen avnavling är en något förhöjd förekomst av hyperbilirubinemi hos nyfödda som kräver ljusbehandling, i och med ökad mängd röda blodkroppar som tillförs. För kvinnan innebär inte sen avnavling någon risk för ökad postpartum blödning eller ökad blodförlust vid förlossningen, inte heller för låga hemoglobinvärden postpartum eller behov av blodtransfusion. I sin helhet innebär det inte en risk för kvinnan att vänta med avnavlingen, men om hennes tillstånd kritiskt behöver stabiliseras bör man överväga hennes välmående mot en sen avnavling, enligt ACOG (2017).

4.5 Tidigare forskning angående kvinnors åsikter om förlossningsvården

Den tidigare forskningen inom detta ämne söktes via Tritonias elektroniska bibliotek och via Academic Serach Elite (EBSCO Cinahl Full Text). Kriterier för sökningen var att full

text ska finnas tillgänglig. Det framkommer rätt få artiklar eller studier som tangerar mitt arbete ur rätt synvinkel, gällande från praxis avvikande önskemål kring kvinnans egna och den nyföddas förlossningsvård. Många arbeten diskuterar hemsfödslar och planeringen av dessa och det faktum att man i västvärlden, och då speciellt i USA och Australien vad undertecknad förstått, har saknat tron på att kvinnor ska klara av en vaginal födsel. Det som ses gemensamt med mitt arbete är att kvinnornas inställning till medicinsk smärtlindring, såsom epidural, håller på att förändras. Man är rädd för att påverka barnets hälsa med de ingrepp som görs. Man önskar stöd från sin omgivning, särskilt från sin barnmorska, för att klara sig igenom förlossningen och inte 'ge efter' för smärtan för lätt. En hemlik och trygg miljö utan stress är viktig, och många önskar en återgång till mindre och personligare förlossningsställen än de stora sjukhusen. Än finns dock en allmän syn på att förlossningen ska ske på sjukhus och med medicinska ingrepp för att det ska gå vägen.

I bilaga 1 hittas en tabell som presenterar de sökningar som gjorts, vilka sökord som använts, antalet träffar som fåtts och hur många artiklar som använts från respektive sökning. I bilaga 2 presenteras de artiklar som hittats, deras syfte, metod och resultat.

5 Metod

I detta kapitel redogörs för metoden för detta arbete vad gäller urvalet, metoden för datainsamlingen, metoden för dataanalysen, det etiska perspektivet på studien, samt hur dessa har realiserats i praktiken. I detta kvalitativa arbete har dokumentstudie använts som datainsamlingsmetod och sedan har en kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats tillämpats.

5.1 Urval

Urvalet till studien har gjorts enligt den typen av undersökning som görs, nämligen kvalitativ studie. Både så kallade strategiska urval och snöbollsurval har gjorts. Enligt Alvehus (2013) görs strategiska urval vid en fokusgruppsundersökning, och det är då intressant att hitta källor som förhåller sig till de specifika frågor som man önskar studera. De misstag som riskeras uppstå vid strategiska urval är om det görs för strategiskt så att intressant information från annat håll går miste om. Snöbollsurvalet är lämpligt om fokusgruppen är svåridentifierad. Man får då vidare informanter genom de som man redan

har varit i kontakt med och hittar på så vis ytterligare informanter. Det används gärna för att hitta nyckelpersoner i ett större nätverk av informanter och är mer effektivt än att söka på måfå. Den nackdel som kan upplevas vid snöbollsurvalet är att man fastnar i en grupp av informanter som redan har delvis eller samma syn på saken. (Alvehus, 2013)

Mitt urval är blogg- och diskussionsforum inom Österbotten, samt kommentarerna till dessa, som behandlar ämnet förlossning med från vårdpraxis avvikande åsikter. Till min studie passar det strategiska urvalet så väl som snöbollsurvalet. ”Urvalet måste matcha den problemformulering som lanseras i uppsatsens inledning,” (Alvehus, 2013). Det strategiska urvalet passar studien eftersom den söker svar på de åsikter som hör till en specifik fokusgrupp. Bloggarna och diskussionsforumen som analyseras, och kommentarerna som omfattas i dessa, har valts ut specifikt och strategiskt rörande kvinnors åsikter och tankar kring förlossningen. Alla inlägg och kommentarer som tagits med i analysen har en direkt koppling till ämnet. Det är fortfarande möjligt att information, såsom neutralare åsikter, inte fått utrymme. Dock är studien fokuserad på de avvikande åsikterna, varför bortfallet inte är av samma vikt i detta sammanhang. Snöbollsurvalet har tillämpats eftersom att bloggarna och kommentarerna i sig har lett vidare till andra personer som delar de avvikande åsikterna. Risken att fastna i den grupp informanter med samma syn på saken är inte till nackdel i denna studie.

5.2 Datainsamling

Enheten för data som samlas in vid kvalitativa studier kan bestå av brev, enskilda ord eller meningar, delar av sidor med text, deltagare i intervjuer och även tiden som räcker för en diskussion eller intervju. (Kyngäs & Elo, 2008) Jag har valt att i min dokumentstudie samla data från bloggar skrivna i svenskfinland, de kommentarer som andra privatpersoner har skrivit på blogginläggen och diskussionstrådar på internetforum. Dessa har fungerat som mina informanter då de har bistått med klar information kring de åsikter som kvinnor har om förlossningspraxisen idag.

Datainsamlingen har skett genom att använda sökord via Google.fi, såsom ’förlossning’, ’bloggar’, ’Finland’. Där har hittats enskilda blogginlägg som behandlar ämnet, varpå en genomgång av andra blogginlägg i respektive blogg har studerats för att hitta inlägg med liknande tema som kan ha fallit under andra sökord. Bloggarnas kategori-meny, var bloggskrivarna själva har kategoriserat sina inlägg, har använts för att söka reda på trådar

som uppstått tidigare år. Genom dessa bloggar har även länken till personer som skrivit om liknande saker hittats.

När kategorierna och underkategorierna börjat ta form har även dessa fungerat som sökord i bloggarnas sökfält så väl som i Google. Därigenom har ännu ett antal diskussionstrådar i bloggar och internetforum hittats som har bidragit till att stärka resultaten.

5.3 Dataanalys

Målet med en kvalitativ dataanalys är att skapa en sammanhängande och bred beskrivning av fenomenet som studeras, och resultatet av analysen är kategorier som beskriver fenomenet för läsaren. Den induktiva studien görs genom att belysa specifika fenomen som sedan kopplas till en större helhet. Analysen består av tre delar: förberedelser, organisering och resultatredovisning, och genomgående för den kvalitativa dataanalysen är att en stor helhet klassificeras till mindre temaområden eller kategorier. Det man avgör då man påbörjar sin analys är ifall endast det angivna innehållet ska analyseras, eller även det dolda eller latent, med andra ord det av skribenten tolkade innehållet. Vilken information som analyseras bestäms av utföraren, baserat på syftet och frågeställningen. (Kyngäs & Elo, 2008) I min studie har jag valt att både analysera det angivna såväl som det underförstådda i informationen. Kyngäs & Elo (2008) beskriver den induktiva dataanalys processen som en organisering var öppen kodning tillämpas, kategorier skapas och slutligen en abstraktion eller allmän formulering av forskningsämnet skrivs. I denna studie har analysen tillämpats genom att kommentarer som rör kvinnors åsikter om förlossningen har plockats ut ur sitt sammanhang, sedan har de grupperats enligt gemensamma nämnare och slutligen har två temaområden, föderskan och barnet, med respektive underkategorier formats.

Innehållsanalysen är den analysmetod som tillämpats för detta arbetet. Innehållsanalysen används då man vetenskapligt vill analysera ett dokument. Dessa dokument kan framgå som skriftliga eller i tal dokumenterade. Objektet i innehållsanalysen är kommunikationsinnehållet i sig, exempelvis svaren från en intervju. (Olsson & Sörensen, 2007) I denna studie används kommentarerna och de nedtecknade åsikter i bloggar och på diskussionsforum som objekt. Olsson & Sörensen (2007) skriver att innehållsanalysen ska vara ett försök till att relatera kommunikationsinnehåll i dokumentet till en historisk utveckling, till mänskligt beteende och till social organisation. Innehållsanalysens

vetenskapliga idé illustreras genom att sättas in i ett teoretiskt sammanhang. (Olsson & Sörensen, 2007)

5.4 Etik

I varje studie som utförs bör hänsyn tas till de forskningsetiska utmaningar som följer med forskningens gång. Den viktigaste principen inom forskningsetik syftar till att skydda en enskild individs integritet. Vid netnografisk forskning, den forskning som sker antingen om eller på internet, blir den etiska aspekten problematisk att tillämpa, enligt Ahrne & Svensson (2011). Samhällsvetenskaplig forskning är en balansgång mellan den fritt utövade forskningen och att visa respekt gentemot de individer som berörs av forskningen, på ett sätt eller annat. Ahrne & Svensson (2011) beskriver problematiken som så att materialet är mycket lättillgängligt och nära till hands över nätet, och de texter som skrivs görs i den vetskap att andra kommer läsa och ta del av dem, men att det ändå inte är självklart att materialet varit tänkt att fungera som underlag till diskussion eller analys i en studie eller forskning. Att bibehålla en individs integritet och anonymitet kräver ett engagemang från forskarens sida och i utförandet av en netnografisk studie kräver det att man reflekterar noggrant över vad som är forsknings etiskt försvarbart. (Ahrne & Svensson, 2011)

Jag har i min studie valt att inneha direkta citat i resultatet. De citat som valts ut i min studie har använts i syftet att belysa frågan och inställningen till de punkter som diskuteras. Kommentarer och citat har använts i stor omfattning då dessa presenterar kärnan av resultatet i denna studie. Inom specifika kretsar kan det vara svårt att behålla integriteten med hjälp av en pseudonym, eftersom vissa av deltagarna i forskningsämnet kan ha ett mycket säregnet sätt att beskriva saker på (Ahrne & Svensson, 2011). De bloggar och diskussionsforum som använts i detta arbete omnämns endast som österbottniska eller finlandssvenska, eftersom en noggrannare beskrivning av urvalet kunde angripa integriteten av de studerade texternas skribenter.

6 Resultat

Resultatet av min studie är analysen av de sammanlagda kommentarer jag samlat från bloggar och nätforum. Det som ses på sociala medier kring förlossningsfrågor är en allmän

misstro mot vårdpersonal och sjukhus, en antydning att privatpersoner känner sig veta mer och befinna sig före sin tid gällande vårdfrågor, samt att man litar mer på varandras erfarenheter än på forskningsbaserat resultat. Resultaten har delats upp i två temaområden, ”Föderskan” och ”Barnet”, och till dessa har konstruerats två underkategorier var.

6.1 Föderskan

Fokus gällande föderskan sätts i bloggdiskussionerna på hennes värkarbete, den egna upplevelsen av smärta, känslan av delaktighet och det psykiska välmåendet. De kategorier som tagits fram till temaområdet är ”Motståndet mot kemisk igångsättning” och ”Otrygghet gällande medicinsk smärtlindring”.

6.1.1 Motstånd mot kemisk igångsättning

Den kemiska igångsättningen, främst användandet av Cytotec-tabletter eller oxytocininfusioner, diskuteras i sociala medier ur den synvinkeln att det får kroppens naturliga processer att avstanna, kan komma att skada mamman eller barnet, eller att det kan ändra på förlossningens gång. Dessa tankar illustreras till exempel i följande kommentarer:

”...kemiskt framställt oxytocin fungerar inte som kroppens egna hormon” (kommentar i bloggfält, 2014)

”Blev igångsatt med nr.1 (41+3) med värkstimulerande dropp – slutade i katastrofsnitt.” (kommentar i bloggfält, 2016)

”De läkemedel som används idag används även som abortmedel! Önskar att alla blivande mammor sku veta de o ha möjligheten att kunna välja bort den medicinen för att den i värsta fall kan va livshotande för den lilla babyn och skada mamman väldigt mycke! Förlossning på naturlig väg är ALLA gånger bättre än medicinsk igångsättning, förutsatt att mamman eller babyn inte ligger i nån hälsofara då.” (kommentar i bloggfält, 2016)

Den största osäkerheten bland kvinnor har jag genom analysen funnit vara att kemisk igångsättning med största sannolikhet skulle leda till ett hemskt förlossningsförlopp med akut kejsarsnitt och att värkarna skulle bli mycket intensivare och svårare att hantera. Några av dessa kommentarer har citerats som följande. Man är även rädd att babyn kommer bli stressad av det försnabbade förloppet och på grund av detta inte hinna vända sig i bäckenet, vilket då kunde leda till kejsarsnitt. De flesta kommentarer är sakliga reflektioner över egna upplevelser, såsom hur deras egen förlossning gått till och hur de

upplevde den, medan enstaka sprider falsk information utan grund. Till exempel påståendet att ett barn skulle ha dött på grund av användandet av Cytotec finns det ingen grund för, inte heller att tillverkarna skulle ha gått ut med en avrådan för att använda deras läkemedel. Livmoderuptur är en riskfaktor, men dessa tillstånd är numera mycket sällsynta då det finns klara och noggranna instruktioner om hur man går till väga för att undvika för stor påfrestning på livmodern. Positiva upplevelser och inställningar till det medicinska får inte stort utrymme, men till exempel som i citaten som följer har en del konstaterat att deras förlossningar gick fint trots igångsättningen.

”Blev igångsatt med cytotec och båda förlossningarna slutade i kejsarsnitt!” (kommentar i bloggfält, 2014)

”Igångsatt med cytotec. Fick tre tabletter, sista kl. 16 på e.m. Sammandragningarna började pang bom kl.22.30. Kraftigt värkarbete. Sonen föddes 03.20 samma natt.” (kommentar i bloggfält, 2014)

” I en del fall när man använt sig av Cytotec har babyn också dött. Hos en del kvinnor har även livmodern brustit vilket resulterar i att det är livshotande att bli gravid igen om man ens kan bli gravid.” (kommentar i bloggfält, 2013)

” Cytotec är ett läkemedel godkänt för magsår, och används även vid aborter. Dock är det väldigt billigt så det används inom förlossningensvården trots att det ej är godkänt för det. Tillverkarna av cytotec har t.o.m. gått ut med att deras läkemedel ej ska användas på förlossningen, då det kan ge svåra skador både på mamma och barn.” (kommentar i bloggfält, 2014)

”...jag har varit med om två förlossningar, och vid min andra blev jag igångsatt. Upplevde den förlossningen likadan som min första, så ingen stor skillnad för mig. ” (kommentar i bloggfält, 2014)

”...dom la igång mig med cytotec och allt gick bra hade en fin förlossning utan komplikationer” (kommentar bloggfält, 2016)

Man litar i första hand ofta till sådant som man upplever är uteslutet från medicinsk påverkan. De råd som kvinnor ger till varandra för att undvika en igångsättning på medicinsk väg så långt som möjligt är i huvudsak genom intaget av olika örter och frukter eller att genom beröring påverka hormonutsöndringen av oxytocin för att sätta igång förlossningen. Till dessa metoder hör bland annat att äta dadlar och färsk ananas, dricka hallonbladste och jättenattljusolja, gå i bastu, hälla isvatten över magen, samt att använda sig av akupunktur, zonterapi och homeopati. Enligt en bloggkommentar (2016) hör det till den islamska kulturen att kvinnor ska äta dadlar då de går in i den sista månaden av graviditeten.

”Jag är muslim o enligt vår religion så har profeten nämnt detta att dadlar tillför kroppen med all sorts vitaminer och tillskott en människa behöver under dagen ... Dadlar va även de som ramlade ner från Trädet när Maria skulle föda Jesus för hon va trött o bankade mot trädet o hon åt av dem för hon va hungrig o behövde energi ... Dadlar är det bästa man kan äta som mest utan att kroppen tar skada av” (kommentar ur bloggfält, 2016)

Överlag är det återgången till det naturliga som styr diskussionerna. Man ifrågasätter medicinsk inblandning i sådant som man antar att kvinnan borde klara av själv, exempelvis som följande:

”Skulle vi människor vara det enda bisarra undantaget där naturen inte sett till att vi kan föda våra barn själva?” (blogginlägg, 2016)

”Igångsättning börjar vi inte med! Vi väntar ut våra bebisar!!” (kommentar i bloggfält, 2014)

I många diskussioner undrar kvinnorna över det faktum att man inte blir tillfrågad gällande vissa medicinska tilltag, utan att sådant som hör till förlossningsvården ges på rutin men anpassas inte efter mammans önskemål. Till exempel i följande citat kommenterar en kvinna om hennes känsla över att oxytocin ges som rutin till alla mödrar strax efter förlossningen för att minska på blödningsen:

"Det finns en till spruta som bara "ges" på många förl-avd utan att fråga (vet ej hur många) det är ett syntetiskt hormon som ska hjälpa livmodern dra ihop sig för att minska blödningar....samma där, det behövs inte (om normal förl och ostressad mamma) och dessutom vet vi inte vilka effekter det har på kroppen. Man vet idag att det hämmar kvinnans eget Oxytocin som binder ihop mor och barn....tänk om det hämmar något så viktigt.... Skandal att man inte forskar på detta, vi har 100 000 kvinnor att forska på per år som föder barn.." (kommentar i diskussionsforum, 2012)

Man känner sig många gånger även osäker kring bemötandet man kan få av vårdpersonal och hur de kommer att ta emot ens önskemål. Man vill inte känna att man hamnar i en position där man ska bli övertalad och överkörd, utan man önskar att kunna diskutera dessa saker med personalen utan att bli undanskuffad. En kvinna nämner också om hennes eget behov av kontroll över situationen, och förklarar hennes rädsla för att inte känna sig delaktig i vad som beslutas:

”Jag var rädd för vilket bemötande jag skulle få. Att mina önskemål skulle viftas undan, eller klassas som orimliga, eller att det skulle läggas tid på att övertala mig till att alla medicinska rutinåtgärder är helt nödvändiga och inget man kan välja bort.” (kommentar i bloggfält, 2016)

”Det är mest tanken på att jag inte har en aning om personalens inställning som skaver, vill inte komma dit i den utsatta situationen och känna att jag måste kämpa för mina rättigheter. Det är säkert också mitt kontrollbehov som spökar” (kommentar i bloggfält, 2016)

6.1.2 Otrygghet gällande medicinsk smärtlindring

Åsikterna som framförs på sociala medier när det kommer till den medicinska smärtlindringen är delade, mycket individuella och baserade på den personliga upplevelsen. I följande citat omnämns några kommentarer där kvinnor berättar om den otroliga lättnad de kände då värkarna försvann och styrkan de återhämtade efter epiduralen, men också om hur det för någon annan utvecklades till ett kejsarsnitt eller episiotomi som de känner var på grund av epiduralbedövningen.

”När bm frågade om jag inte ville ha epidural iaf så svarade jag genast ja! Det bästa beslutet! Tog bort all smärta, och fick ändå ordentliga krystvärkar när det var dags.” (kommentar i bloggält, 2014)

”Tror int att värkarna ändra nå nämnvärt fast vi kom in, men sen vid 3 cm stanna e helt av och blev outhärdligt så ja fick epidural. Då for e typ till 10 cm utan att ja känd nånting (heeeelt fantastiskt!). Sen krysta jag 1,5 h å di hamna å klipp eftersom han kom ut snett, vilket jag såhär i efterhand har tänkt att kanske (troligtvis?) beror på epiduralen?!” (kommentar i bloggält, 2016)

”När vi legat inne i ett dygn fick jag epiduralbedövning och sedan värkstimulerande dropp när det började stanna av.. krystade i 2 timmar, tog hjälp av sugklocka men ungen kom ändå inte ut. Blev nersövd och akutsnittad” (kommentar i bloggält, 2016)

Det resultat jag fått genom analysen av de kommentarer som skrivits är att största orsaken till tvekan mot epidural är osäkerheten kring utfallet och biverkningarna man kan få. Man känner oro över risken för att det slutar i snitt, att det ska sätta ytterligare påfrestningar på kroppen genom att skapa behovet av att få värkstimulerande dropp, eller att förlossningen ska få ett utfall i assisterad förlossning. Detta sammanfattas i följande kommentar:

”En ryggbedövning kan göra så att värkarna blir svagare. Förlossningen kan ta längre tid och det kan vara svårare att krysta. Det är vanligt att du behöver få dropp med värkstimulerande medel (= främsta orsaken till att jag inte kommer ta EDA, för jag vill inte riskera att vara tvungen att få värkstimulerande dropp). Om det blir svårt att krysta kan dom behöva använda sugklocka för att hjälpa till att få ut barnet. ... EDA gör också att du kan få begränsad rörlighet. ... I samband med eller efter en ryggbedövning kan du få blodtrycksfall, skakningar och frossa, svårt att kissa, ömhet i ryggen, feber, huvudvärk.” (kommentar i blogginlägg, 2016)

Diskussioner kring epiduralen knyter även samman övertygelsen att medicinsk igångsättning är en orsak till kejsarsnitt och presenteras till exempel som följer:

”Blir man igångsatt får man oftst väldigt ihållande värkar å på ett onaturligt sätt men nästan inga pauser. Detta resulterar oftast i att kvinnan begär eda. Pga EDA minskar värkarna och ett värkstimulerande sätts in. En känd biverkning av Värkstimulerande är att barnet blir stressad och

det blir snitt. Finns många forskningar i sambanden med medicinsk igångsättning och snitt och hela de förloppet.” (kommentar i bloggfält, 2014)

De diskussioner som förs kring smärtlindring är ändå sällan dömande mot någon som tagit epidural eller önskar ta epidural, utan var och en utgår i stort från sin egen kropp och den upplevda eller föreställda smärttåligheten. Dock skrivs även kommentarer som menar att man som kvinna och för barnets bästa borde klara sig utan smärtlindring, till exempel:

”Jag tycker man så långt de går ska undvika smärtlindring, bäst för babyn så. Kvinnokroppen är ju skapt att klara en födsel så man borde ju klara sig utan.” (kommentar i bloggfält, 2014)

I de flesta sammanhang ges inte många förslag som alternativ till smärtlindring, men det som rekommenderas av både kvinnor och vårdpersonal är att använda sig av effektiv andning genom värkarna och gå förlossningsförberedande profylaxkurs som ordnas för väntande föräldrar, samt att ta stöd av sin partner och eventuellt en doula, en i förlossning utbildad stödperson, genom förlossningen.

6.2 Barnet

I diskussionerna gällande barnet är det tryggheten och välmåendet vid förlossningen det som sätts störst vikt på, samt att barnet inte stressas ut ur livmodern, att inga onödiga ingrepp görs och att barnet får ut allt av moderkakan innan navelsträngen klipps. Under temaområdet ”Barnet” har från analysen således framtagits två kategorier: ”Att själv välja tidpunkt för avnavling” och ”Motstånd mot K-vitamininjektioner”.

6.2.1 Att själv välja tidpunkt för avnavling

”Det enda som orsakade längre diskussion var argumentet som läkarna står fast vid - att sen avnavling är lika med tre minuter och att efter det finns det risk för att blodet istället rinner från babyn och tillbaka ner i moderkakan. ... det tror jag verkligen inte ett dugg på” (blogginlägg, 2016)

I detta citat framhåller en kvinna sin starka åsikt kring avnavlingen och hennes misstro till den kunskap läkarna besitter angående förlossningsvården. Avnavlingen är ett svårbehandlat diskussionsområde, då den sena avnavlingen inte direkt skadar barnet och föräldrarnas önskan kunde följas i de flesta av fallen. Dock finns det enligt vården ingen orsak att förlänga förloppet ända tills moderkakan lossnat, utan man vill gärna klippa mellan 1-3 minuter efter födseln. Synsättet på avnavling har förändrats de senaste

årtionden, både på diskussionsforum men också på förlossningssjukhus. De missförstånd som ofta uppstår är när vårdpersonal och föräldrarna inte är av samma åsikter gällande tidpunkten för avnavlingen, och citeras som följande. Många kvinnor är även starkt övertygade om att den sena avnavlingen gör väsentligt stor skillnad i barnets utveckling. Man önskar att navelsträngen ska vara helt vit och inte pulsera mera, vilket tyder på att allt blodflöde avtagit mellan barnet och moderkakan, innan man klipper. Man framhäver även att blodflödets avstannande är individuellt mellan varje barn, och att variationen är så pass stor som mellan fem minuter och upp till en halvtimme. Och många menar att först då moderkakan kommit ut är det läge att avnavla. Sen avnavling framhålls också som hjälp till att moderkakan ska lossna lättare.

”Huvudsaken är ändå att navelsträngen är vit och har slutat pulsera innan man gör några ingrepp i den. Jag kände mig lite blåst när jag flera gånger bekräftade att det nog är sen avnavling som standard och så hade de bara väntat en minut innan de klippte!!” (kommentar i bloggfält, 2014)

”Sen avnavling är när man inte klampar eller klipper navelsträngen förrän navelsträngen har slutat att pulsera – vilket gör att barnet håller sig ordentligt syresatt tills dess att andningen kommit igång vid förlossningen. Det gör också att moderkakan släpper lättare från livmoderväggen” (blogginlägg, 2016)

”Normalt tar det ca 5 minuter innan den slutat pulsera, men det kan ta både kortare och längre tid. Ibland kan det även ta en halvtimme eller mer. Men det finns egentligen ingen anledning att varken klampa eller klippa före moderkakan kommit ut.” (blogginlägg, 2016)

Man är även oense om vad som är bästa alternativet för barnet om det föds medtaget, då en kvinna kommenterar att hon önskar sen avnavling särskilt om barnet föds medtaget. Hon skriver som följer:

”...om babyn föds medtagen har den ju större behov än någonsin av att få sen avnavling, men nepp då ska det avnavlas och springas ut till akutrummet.” (blogginlägg, 2016)

6.2.2 Motstånd mot K-vitamininjektioner

”Senare när vårt andra barn föddes deklarerade vi vid ankomsten till sjukhuset att vi inte ville ha lapis. Fick svaret "Det slutade vi med för länge sedan!" 5år räcker för att en viktig medicinsk självklarhet att vara helt övergiven och osaknad!! Jag är säker på att tidig avnavling, k-vitamin och vacciner kommer att gå samma öde till mötes någon dag.” (kommentar ur bloggfält, 2012)

Till exempel på det här viset uttrycks en ovisshet till att vårdpersonal, läkare och forskning har en grund för vad man påstår och hur man utövar vård av barnen. Man borde dock inte ställa två olika ingrepp som synonymer till varandra, såsom användandet av lapis och

behovet av K-vitamin. Forskning som görs kritiskt och kontinuerligt världen över innebär att vården hela tiden utvecklas och förbättras och att alla ska kunna känna sig trygga i att få den bästa möjliga vård. Det som utläses från det analyserade materialet visar att det i motsats verkar skapa en otrygghetskänsla, då man frågar sig vad man kommer veta imorgon som vi inte vet av idag

I min studie av de diskussioner som förs på forum och bloggar i Österbotten framkommer risken för leukemi som ett argument till varför man vill utelämna K-vitaminsprutan. Men det som därtill omnämns till största delen i diskussionerna är att man har svårt att se att naturen skulle göra ett så stort misstag och bommat med en så viktig sak som att vi föds med låga K-vitamin nivåer om det inte vore meningen, då kroppen annars är så komplex. Man säger sig tro att det måste finnas en orsak till varför man föds med så låga mängder K-vitamin, även om orsaken ännu saknar förklaring.

”Vilka följder dessa injektioner har på våra stackars barns kroppar vet vi ej, men det vi vet är att barn som fått K-vitamin vid förlossningen har en mycket större risk att drabbas av barnleukemi.”
(bloggkommentar, 2012)

”Vi valde att inte ge sprutan eftersom jag har svårt att se att naturen skulle göra ett så stort misstag. Om alla bäbisar föds med k-vitaminbrist så finns det säkert en anledning resonerar jag. Och jag ville inte direkt efter förlossningen köra in en massa kemikalier i min lillas kropp. Jag strävar efter det naturliga alternativet i dom flesta delar av livet, särskilt när det rör mina barn.”
(bloggkommentar, 2012)

Man hänvisar i enstaka fall även till djurvärlden, till att många däggdjur äter sina moderkakor som då torde innehålla den mängd K-vitamin som avkomman behöver, och att människan på samma sätt kunde påverka sitt barn positivt genom att kapsla och äta sin egen moderkaka. Även det att avföring från modern hamnar på det nyfödda barnet i samband med förlossningen anses i en kommentar ha god effekt på den nyföddas K-vitaminproduktion.

”Vid en naturlig förlossning kommer det ju avföring av mamman på barnet, vilket är jätte viktigt för k-vitaminproduktionen och halten hos de nyfödda. Alla andra däggdjur äter dessutom upp moderkakan instinktivt, som innehåller massvis av k-vitamin efter födseln av sina ungar, vilket också bidrar till produktionen av vitaminet i tarmen hos avkomman.” (kommentar i diskussionstråd, 2013)

”Jag hade läst allt för mycket skit om sprutan för att våga ta den. Istället försökte jag äta lite extra k-vit rik kost veckorna efter förlossningen, och nu i efterhand har jag även fått höra att detta är en av anledningarna till att vissa väljer att äta moderkakan. Så förutom att råmjölken naturligt har

höga nivåer av vit k, så kan mamman ytterligare öka sina vit k nivåer och bröstmjölken nivåer genom att inta moderkakan.” (kommentar i diskussionstråd, 2013)

”K-vitaminet, på grund av att det allt som oftast ges helt i onödan. Vitaminet i fråga behövs för att blodet ska koagulera och när vi människor föds finns inte detta vitamin i kroppen i och med att det produceras i tarmarna, och våra tarmar vid födseln är sterila. Man kan ju undra varför våra kroppar, så komplexa och utfunderade i minsta detalj, skulle ha bommat med en sådan viktig sak. Det måste ju finnas en orsak till varför k-vitaminet börjar produceras direkt vid första amningen och inte tidigare än det.” (kommentar i bloggfält, 2012)

En annan tolkning av faran med K-vitaminsprutan, som diskuteras utan bakgrundsfakta, är att den kan ge upphov till gulsot eller ikterus hos barnet. Många ogrundade påståenden läggs fram, och gör att felaktig information får spridning. Man hänvisar sedan till att det borde forskas kring detta, trots att personen i fråga inte tagit del av det som finns tillgängligt. Till exempel som följande:

”K-vitaminet i den sprutan är syntetiskt och kroppen - ffa den lilla bebisen kan inte ta upp det. Det syntetiska plus konserveringsämnen i vaccinet belastar din babys kropp och ffa levern, vilket gör att barnen får hepatitliknande symptom som att de blir ikteriska (gula) i ögon, slemhinnor, hud etc. Där har du anledningen till att vissa måste sola och vara i ljus den första tiden de kommit ut till livet.” (kommentar i diskussionstråd, 2013)

”Det har jag också läst, att gulsoten även kan komma av k-vitaminet. Det borde göras mera forskning kring detdär.” (kommentar i bloggfält, 2014)

Överlag är man helt enkelt skeptisk mot att injicera en blandning av kemikalier åt sitt nyfödda barn, speciellt då risken för komplicerade blödningar är mycket liten. Många kvinnor uttrycker sin åsikt på liknande sätt:

Idiotiskt om man frågar mig att ge ALLA barn, oberoende om förlossningen förlopt normal och komplikationsfritt, en spruta av denna mindre trevliga cocktail. (kommentar i diskussionstråd, 2013)

”En LITEN promille föds med koaguleringsproblem men det brukar rätta till sig inom några dagar och pga detta har läkemedelsbranschen gjort sig en affär på den lilla minoriteten, så ALLA barn får K-vitamin. Kan vara förödande för dem med den sprutan och du bör se den som ett vaccin. Injicera ingenting om du kan undvika.” (kommentar i diskussionstråd, 2012)

7 Diskussion

Diskussionsdelen omfattar en analys av metoden som använts, styrkor och svagheter med examensarbetet, en diskussion kring resultatet mot bakgrunden av den tidigare forskningen, den teoretiska bakgrunden och den teoretiska utgångspunkten, samt en slutledning gällande arbetets användbarhet och vilka vidare studier som kunde göras inom ämnet.

7.1 Metoddiskussion

”Validitetsaspekterna när det gäller de tolkande ansatserna vilar på forskarnas filosofiska uppfattning”, Olsson och Sörensen (2007). Metoddiskussionens ansats är att sammanfatta författarens reflektion kring arbetets svagheter och styrkor, samt att uppväcka till diskussion kring detta.

Metoden som användes för detta examensarbete var kvalitativ innehållsanalys av en dokumentstudie. Min egen uppfattning är att det var det mest lämpliga tillvägagångssättet i detta arbete, som omfattar en relativt liten grupp informatörer, och där informationen som söks är känslomässigt präglad hellre än statistisk eller allmän. Den kvalitativa metoden var alltså lämplig att använda, då man genom den får en insikt i de personliga upplevelser, erfarenheter, förväntningar och besvikelser gällande förlossningsvården, som delas bland kvinnor över sociala media. Arbetet var induktivt, ett sökande utan att veta målet, och resultaten har fått växa fram ur de data som analyserats. Resultaten är specifika, men diskussionerna i sina helheter har studerats, och genom innehållsanalysen har de allmänna problemställningarna utformats. Bloggarna som studerats har koncentrerat sig geografiskt till Österbotten, och det urval som gjorts var passande med tanke på arbetets syfte.

Svagheten med arbetet var till viss del att ha privatpersoners, över internet delade, tankar och åsikter som informationskällor. Den etiska principen som skyddar de involverades integritet blir lidande, då deras utsago och citat innefattas i arbetet och källorna på så vis är spårbara. En anonym intervjustudie av annars liknande karaktär kunde ha varit att föredra. Det hade givit möjligheten att kunna fylla ut, diskutera kring och möjligen ge en vidgad förståelse för argumenten, om informanterna hade intervjuats.

Fördelen av att använda bloggar och diskussionsforum som informationskällor till en studie är att de svar som skrivits ned har gjorts i lugn och ro och utan direkt påverkan av den som ställer frågan. De åsikter som framförs är kvinnans egen syn på saken. De har

högst troligen formulerats med eftertanke, eftersom det gjorts med vetskapen om att texten kommer läsas av många för dem okända personer. Man kan därför räkna med att de är riktiga och detta styrker arbetets tillförlitlighet. Användandet av bloggar och diskussionsforum innebär även att man har möjlighet att hitta och få fram fler personer som delar åsikter inom detta ämne. Eftersom att man söker informanter med en särskild inställning till ämnet, utan att ha förhastat sig med att sortera i kategorier, hjälper det att åsikterna delas på samma eller liknande bloggar eller på samma eller liknande forum, samt att länkarna som fås där via breddar utbudet av informanter genom det tidigare diskuterade snöbollsurvalet.

7.2 Resultatdiskussion

Resultatet av studien visar att kvinnor idag har ett behov av att få diskutera vidare kring förlossningens upplägg och förlossningens gång. Man känner oro inför sitt barns hälsa, och hur de val man gör i sin situation som föderska kommer att påverka barnet både i stunden men även på längre sikt. Man önskar bli åhörd för sina tankar och bli sedd, behandlad och omskött som en individ på alla plan. Man önskar det bästa för sitt nyfödda barn, och vill undvika att utsätta det för sådan påfrestning som möjligen kan undvikas. Det gör att kvinnorna sätter stor press på sig själva, på hur de ska komma att klara av den utmaning vilken förlossningen innebär för dem utan att i stunden ta beslut som de inte har tänkt igenom.

”Jag önskar få uppleva en naturlig andra förlossning som kommer igång spontant och kroppen får jobba naturligt. Det är svårt att veta hur det kommer att bli eftersom allt skedde på medicinsk väg första gången... jag har även gjort patientanmärkning om min upplevelse så att inblandade läkare blir informerade om hur deras beteende kan påverka!”

”Jag ville känna att JAG gjort det och inte "tvingade" ut honom med hjälp av mediciner”

”Fast läkarna vill sitt bästa så behöver alla sätt inte ändå va dom bästa.”

(kommentarer till bloggar, 2014; 2016)

7.2.1 Barnets förlossningsvård

Då det gäller barnets förlossningsvård, såsom injektionen av K-vitamin och tidpunkten för avnavlingen, är forskningen fortfarande entydig om att de riktlinjer som är satta idag fortfarande är det bästa möjliga alternativet för barnets välmående. För att mäta vikten av tidpunkt för avnavling har man via forskning gjort mätningar av blodflödet i navelsträngen.

Med hjälp av en doppler har man visat att 80 ml av cirka 150 ml blod förs över till barnet redan under den första minuten. (ACOG, 2017) Intermountain Healthcare (2015) fastställer att rekommendationerna kring sen avnavling gäller då hälsotillståndet för både föderskan och barnet är gott, men om tillståndet för någondera kräver akut vård kan man inte kompromissa med deras hälsa för den sena avnavlingens skull, för tillförseln av järn och hemoglobin. ACOG (2017) skriver att sjuka och prematura barn troligen är de som gynnas mest av den extra tillförseln av blodet vid den sena avnavling. Dagens rekommendationer är ändå att klippa navelsträngen genast för att föra barnet till återupplivning och akutvård om barnet till exempel har syrebrist, eller om föderskans tillstånd kräver sådant ingrepp att mor och barn genast behöver separeras. (WHO, 2012, ACOG, 2017) Inga forskningar säger att en avnavling senare än tre minuter är skälig i de levnadsstandarder vi har i Finland. Dock är det inte sagt att det har avgörande skadlig påverkan på barnet att vänta ut avnavlingen tills föräldrarna är beredda, men då i en sjukhusmiljö som erbjuder vård av hög standard eftersom den mycket sena avnavlingen kan resultera i gulsot och därpå förlängd sjukhusvistelse, och även i enstaka fall i behovet av att tappa bort blod från barnet.

Jag hittar ingen forskning som visar att K-vitamininjektionen är till skada för barnet, eller att man i någon som helst situation skulle rekommendera att inte ge K-vitaminet. Diskussionerna som föra på sociala medier som påstår att K-vitaminet kan orsaka gulsot stämmer ej. Gulsot kan uppstå om barnet får en överdosering av K-vitaminet, i mängder som motsvarar en över 100 gånger större dos än det som ges genom injektionen. Då kan mängden röda blodkroppar som upplöses orsaka gulsot hos barnet. En vanlig dos K-vitamin på 1mg orsakar en högre halt K-vitamin i blodet hos barnet än normalt, men detta har aldrig visat sig vara skadligt. (Järvenpää, 2002)

7.2.2 Föderskans förlossningsvård

Kvinnans förlossningsvård ger ett visst utrymme för förändringar. När det gäller igångsättning är det fortsatt konstaterat att det under särskilda omständigheter är både barnets och kvinnans bästa alternativ att påbörja en igångsättning, då en utdragen graviditet eller ett utdraget första skede kan komma att orsaka faktiska skador på både mor och barn. Alternativen för igångsättning rekommenderas enligt det stadie av förlossning som kvinnan befinner sig i, och detta styr alltså igångsättningsmetoden. Då livmodermunnen är mycket omogen, och det inte är möjligt att varken sätta ballong, göra hinnsvepning eller spränga fosterhinnorna, så är användningen av prostaglandiner det mest effektiva sättet att gå

tillväga på. Cytotec har då konstaterats vara det bästa och säkraste alternativet av dessa prostaglandiner, eftersom statistik visar att ett högre antal lyckade igångsättningar och färre antal kejsarsnitt uppnås vid användandet av Cytotec, i jämförelse med motsvarande läkemedel.

Dadlarnas verkan på livmodern var ett diskussionsämne som fördes på bloggar kring naturliga igångsättningsmetoder. Forskningen av Masoumeh et.al. (2014) konkluderar att den genomsnittliga mognaden av livmodermunnen var längre gången hos dem som ätit dadlar i slutet av sin graviditet, och rekommenderar därför detta till gravida under de sista veckorna av graviditeten. Al-Kouran et.al. (2011) kommer till samma slutsats, samt även att en högre procent genomgick en spontan igångsättning hos de som åt dadlar (96%), i jämförelse med spontan igångsättning hos de som inte åt dadlar (79%). Akupunktur har det gjorts få västerländska forskningar kring ännu, medan det används i viss utsträckning i asiatiska länder. De som gjorts dock visar enligt Asher et.al. (2009) att akupunktur kan ha betydelse om det ges i slutet av graviditeten, men då främst för kvinnor som tillhör gruppen riskgraviditeter. I övrigt har det ännu inte forskats kring om de andra naturliga igångsättningsmetoder som diskuteras har någon positiv effekt på förlossningens gång.

Bland de kommentarer som skrivits framkommer en häpnad över hur många som fått genomgå kejsarsnitt efter igångsättning, och man vill gärna se ett logiskt samband mellan dessa då flera råkat ut för liknande situationer. Tidigare forskningar kan ha visat att sambandet mellan kejsarsnitt och igångsättning är hög. Detta eftersom det enligt amerikanska sidor är vanligt att läkare där väljer igångsättning redan i graviditetsvecka 38, vilket kan vara en orsak till statistiskt ökad förekomst av kejsarsnitt om igångsättning görs fast barnet och livmodern inte är mogen. (Faulkner, w.y.) Detta är inte praxis i Finland, varför en del av det vi läser inte kan anpassas till vår förlossningsvård och en del scenarion som tas upp inte har lika stor förekomst i vårt land. Saccone & Berghella (2015) har i sin forskning analyserat fem tidigare randomiserade studier som inkluderade 844 kvinnor med fullgångna och okomplicerade, enbördiga graviditeter, och syftet var att ta reda på om det fanns en koppling mellan igångsättning och kejsarsnitt. Ingen koppling mellan kemisk igångsättning och kejsarsnitt hittades, såsom ökad frekvens av snitt, utan utgången var densamma vid medicinsk igångsättning som vid spontan igångsättning. (Saccone & Bergella, 2015) Även en mycket äldre studie av Andersson och Auvoja (1999) har gjorts och genom analys av tio tidigare forskningar jämförde man kvinnors förlossningsupplevelser vid medicinsk igångsättning versus spontan förlossning, och även förekomsten av kejsarsnitt i respektive fall. Studien visade att upplevelserna hos kvinnorna

inte skilde sig från varandra. Frekvensen av kejsarsnitt skilde sig heller inte mellan de två forskningsgrupperna. (Andersson & Auvoja, 1999)

Docent och överläkare Grunewald på Karolinska universitetssjukhuset publicerade en artikel i dagstidningen Expressen (2013) angående användningen av Cytotec som igångsättningsmetod inom förlossningsvården i Sverige, trots att det inte är rekommenderat av läkemedelsbolaget. Hon hänvisar till att ett stort antal vetenskapliga studier har gjorts kring effekten av Cytotec, och att effekten har visat sig vara mycket god, inte endast vid magsår, utan även vid igångsättning av förlossning, mot kraftig blödning, eller vid medicinska aborter. ”Jämfört med andra liknande preparat har Cytotec visat sig vara mest effektivt och inte förenat med allvarliga komplikationer”, (Grunewald, 2013). Som exempel nämns fler lyckade igångsättningar och färre kejsarsnitt, i jämförelse med andra prostaglandiner. Orsaken, enligt Grunewald (2013), till att läkemedlet inte blivit godkänt av läkemedelsföretaget på indikationen igångsättningar, trots stödet av forskningar inom området, beror på de kostnader det skulle orsaka företaget. Att dra igång den process i vilken Läkemedelsverket gör en ny bedömning av ett läkemedel kan innebära betydande kostnader för företaget, och man motsätter sig ofta att omvärdera så kallade ”gamla läkemedel” inom branschen på grund av detta. Grunewald menar att över hälften av de läkemedel som används inom förlossningen idag är gamla och beprövade, men utan registrering. Enligt henne är det viktiga att användandet av läkemedel sker på grunder som är evidensbaserade, så att de läkemedlen med högst säkerhet och med bästa effekt används. ”Frånvaro av godkännande från läkemedelsverket betyder inte att vi med stöd av vetenskapliga rapporter kan avstå från att välja det mest effektiva och minst skadliga läkemedlet, allt för våra patienters bästa.” (Grunewald, 2013)

Då det gäller användandet av smärtlindringsmetoder kan man å andra sidan gå tillväga på många sätt, och kan i stor utsträckning utveckla smärtlindringen utgående från individen. Alla medicinska metoder innebär risker för komplikationer i olika hög grad, likasom varje förlossning i sig självt utgör en risk för hälsan, och man behöver då överväga alternativen. Epiduralen orsakar enligt statistiken (NCBI, 2012) inte en högre grad av kejsarsnitt, i jämförelse med förekomsten där man inte tagit epidural och där förlossningarna även utfallit i snitt. Enligt kvinnornas önskan dock, vilket framkommit i denna studie av bloggmaterial, borde man ge dem möjligheten att diskutera och bli informerade inte enbart om tillvägagångssätten och alternativen som kommer erbjudas under förlossningen, men även om de risker som alternativen medför så att de kan ta ställning till och förbereda sig på detta i förväg. Barnmorskan och partnern, eller stödpersonen, utgör även en mycket

viktig roll i att klara av en förlossning med så lite smärtlindring som möjligt. Reiger & Dempsey (2006) kom fram till att det inte är sympati en kvinna behöver i stunder av tvivlan då smärtan blir henne övermäktig, utan en självsäkerhet från personerna runt henne som säger att hon kan klara det:

”I was very proud of how I was handling the pain. Several hours later, however, I had forgotten my romantic images and was kneeling in the tub howling and screaming from the depths of my soul, convinced that the pain was too much to bear. Not that I got any sympathy – instead I was showered with reassurance, love and incredible strength from the energy and wise words of those who were present to witness and support ... they showed me strengths I never realised I possessed.” (Reiger & Dempsey, 2006)

7.2.3 Relation till den teoretiska utgångspunkten

I den tid vi befinner oss i, var information av alla slag finns tillgängliga via internet, kommer kvinnan att fortsättningsvis ta reda på de saker som hennes oro kretsar kring. Anthonovskys teori om KASAM (1991), vilken utgör utgångspunkten för detta arbete, diskuterar som bekant begreppen *begriplighet*, *hanterbarhet* och *meningsfullhet*. Från resultaten av denna studie upplever jag en stark koppling till kvinnornas mående, inför, under och efter en förlossning, om dessa punkter inte uppfylls. Kvinnor som går igenom en förlossning upplever det skedda olika, även om det kan ha varit en traumatisk upplevelse för dem, men med en stark känsla av sammanhang kan hon se tillbaka på det som skett utan känslan av trauma i lika hög grad. Det som kvinnorna nämner viktigt är att få känna sig *delaktiga* i sin egen förlossning och vara *medvetna* om hur deras kroppar jobbar sig genom värkarna. Det återspeglar KASAM i hög grad, som menar att desto begripligare en situation är, genom att vara sammanhängande, strukturerad, ordnad och tydlig, desto lättare är den att hantera. (Anthonovsky, 1991) Detta får kvinnan genom att vara informerad om vad som väntar, hållas informerad under förlossningens gång, samt att få begripliga svar på sina frågor efter förlossningen. Hildingssons (2003) arbete, som ingår i den tidigare gjorda forskningen, beskriver hur hon har intervjuat kvinnor om deras önskemål inför och tankar efter förlossningen. Deras tankar återspeglar begreppet begriplighet. Hon citerar kvinnor som berättar:

”Under förlossningen är det viktigt att man hela tiden blir informerad om vad som pågår ... får man inte denna information med en överdriven tydlighet känner man sig väldigt ensam, orolig och svag...”, ”...det behövs mer information till mamman om hur det är efter förlossningen. När jag födde mitt första barn var jag helt oförberedd på hur det kan kännas både fysiskt och psykiskt efter en förlossning.” (Hildingsson, 2003)

Att känna hanterbarhet är enligt Anthonovsky (1991) en fråga om att uppleva sig ha resurser till sitt förfogande. I födandet är därför barnmorskan en mycket viktig person, och relationen till henne har en central roll då man föder. Artikeln ur den tidigare forskningen, av Reiger & Dempsey (2006), summerar kvinnans behov av stöd genom förlossningen med en jämförelse till en maratonsimmare som berättar:

”I’m feeling so bad, I’m wanting to vomit... I can’t stand it anymore and I’m crying and I just want to get out...and I’ll say ‘I want to get out... You do need that person, that team, who are going to be able to say the right things at the right time – somebody who can put your focus back into your intention – be your strength when you need it! (Reiger & Dempsey, 2006)

Meningsfullhet kommer av att man känner delaktighet och känner att man är en medverkande i att utforma det egna ödet. (Anthonovsky, 1991) Även den känslomässiga innebörden av det man gör påverkar hur man ser på det som sker. En förlossning resulterar i lyckan av att få sitt barn till sig, och den målbilden är vad som hjälper många kvinnor genom förlossningsupplevelsen. Att målbilden uppfylls kan också vara en bidragande faktor till att man lägger en traumatisk förlossning bakom sig då resultatet av den var så fylld av glädje. Men trots glädjen kan känslan av att inte vara delaktig i något så viktigt ge psykiska men och hindra kvinnan från att upprätthålla god hälsa. Om man upplever sig sakna delaktighet i det som händer, och inte kan vara med och utforma det egna ödet, kan en utgång där barnet hälsomässigt mår bra ändå kännas som den saknar meningsfullhet:

”...Blev till sist sövd och snittad efter att ha jobbat så många timmar, missade själva förlossningen och det känns bittert” (kommentar i bloggävt, 2016)

7.3 Slutledning

I sin helhet upplever jag denna studie som ett fungerande komplement till den redan tidigare tillgängliga evidensbaserade forskningen. Den tar upp frågan om kvinnors alternativa önskningar till förlossningsvården ur ett nytt perspektiv, då den återspeglar kvinnors diskussioner på sådana plan och kring sådana ämnen som inte har sammanförts tidigare. Det som studien har gemensamt med andra tidigare forskningar är att fokus blivit lagt på kvinnornas personliga åsikter, och att dessa åsikter sedan blivit ytterligare föremål för diskussion.

Den kliniska betydelsen av arbetet är att man i något skede borde ta upp förlossningen och tillvägagångssätten till diskussion med de väntande mödrarna. På rådgivningen vore lämpligt att åsidosätta extra med tid för denna diskussion i något skede av den sena

graviditeten. Inte alla föderskor har behovet att diskutera kring dessa ämnen, och som förstföderska har man ingen klar bild av vad som väntar en och hur man kommer reagera eller vilket stöd man söker. Det är många gånger andragångs föderskor som vill uppleva ”revansch” från sin första förlossning, och som kan ha en bild av hur de vill och kan komma att uppnå sina uppsatta mål.

En intressant vinkel på fortsatta studier i ämnet vore en jämförelse mellan mindre förlossningsenheter som verkar i en relativt stressfri miljö, alternativt sjukhusavdelningar som under längre tid haft tillräckliga resurser till förfogande, och förlossningsenheter på sjukhus med högt tempo. Detta för att genom intervju med mödrarna studera hur deras upplevelser av förlossningen skiljer sig, huruvida det stöd de fick skiljde sig och hur tilltaget av medicinska ingrepp påverkat dem eller deras förlossning. Från rådgivningens synvinkel kunde ett arbetsredskap utvecklas till nytta för hälsovårdaren, från vilken man kunde föra diskussion i ämnet och som skulle fungera övergripande gällande de olika skeden av graviditeten och förlossningen. Man borde väcka tanken även hos dem som inte reflekterat nämnelsevis över vad eventuella nödvändiga åtgärder och ingrepp innebär, för att förhindra att ett trauma bildas. Det vore i långt önskvärt att hälsovårdaren skulle vara den person som leder diskussionen med kvinnan, och inte vara den som känner sig tvungen att försvara en position om vården blir ifrågasatt.

Slutligen bör man åhöra kvinnornas önskan och komma patienten till mötes. Det kan konstateras att det till stor del skett eller håller på att ske en förändring i inställningen till sjukhus- och den medicinska vården bland allmän befolkning. Inom mödra- och förlossningsvården kunde man ha nytta av att uppmärksamma de personliga berättelser och upplevelser som delas inom sociala medier. Vi går till en utveckling där man önskar barnmorskan eller hälsovårdaren inte som en vägledare, utan som den som går sida vid sida med kvinnan fram till förlossningen.

Källor

Ahrne, G. & Svensson, P. red., 2011. *Handbok i kvalitativa metoder*. (1. uppl.) Malmö: Liber AB.

Al-Kouran, O., Al-Mehaisen, L., Bawadi, H., Beitawi, S. & Amarin, Z., 2011. The effect of late pregnancy consumption of date fruit on labour and delivery. *J Obstet Gynaecol*. 31(1), s. 29-31. [Online]

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21280989> [hämtat 11.3.2017]

Andersson, A. & Auvoja, C., 1999. *Induktion respektive avvaktan på spontant förlossningsarbete vid överburenhet*. Lund: LUP Student Papers. [Online]

<https://lup.lub.lu.se/student-papers/search/publication/2525244> [hämtat 11.4.2017]

Anthonovsky, A., 2011. *Hälsans mysterium*. (2. utgåvan) Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.

Asher, G., Coeytaux, R., Chen, W., Reilly, A., Loh, Y. & Harper, T. 2009. Acupuncture to Initiate Labor (Acumums 2): A Randomized, Sham-controlled Clinical Trial. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 22(10), s. 843-848. [Online]

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2919333/> [hämtat 10.4.2017]

Center of Disease Control and Prevention, 2016. *Frequently Asked Questions (FAQ's): Vitamin K and the Vitamin K Shot Given at Birth*. [Online]

<https://www.cdc.gov/ncbddd/vitamink/faqs.html> [hämtat 9.3.2017]

Dagerhamn, J., Bertilsson, G., Lusth Sjöberg, M. & Liliemark, J., 2015. *Oxytocin vid förlossning*. Statens beredning för medicinsk utvärdering. [Online]

http://www.sbu.se/globalassets/publikationer/upplysningstjanst/pdf_er/oxytocin-vid-forlossning.pdf [hämtat 8.4.2017]

Dekker, R., 2015. *Evidence for the Vitamin K Shot in Newborns*. [Online]

<https://evidencebasedbirth.com/evidence-for-the-vitamin-k-shot-in-newborns/> [hämtat: 8.3.2017]

Elo, S. & Kyngäs, H., 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), s. 107-115.

FassAllmänhet, 2012. *Cytotec*. [Online]

<http://www.fass.se/LIF/product?userType=2&nplId=19891208000019> [hämtat 8.3.2017]

FassVårdpersonal, 2012. *Cytotec*. [Online]

<http://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplId=19891208000019#pharmacodynamic> [hämtat 8.3.2017]

FassAllmänhet, 2015. *Konakion*. [Online]

<http://www.fass.se/LIF/product?nplId=19890428000113> [hämtat 18.4.2017]

Faulkner, J., w.y. *The Truth About Induction*. [Online]

<https://www.fitpregnancy.com/pregnancy/labor-delivery/truth-about-induction> [hämtat 12.4.2017]

Golding, J., Greenwood, R., Birmingham, K. Mott, M., 1992. *Childhood cancer, intramuscular vitamin K, and pethidine given during labour*. [Online]

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1392886> [hämtat 5.4.2017]

Golding, J., Paterson, M. & Kinlen, L.J., 1990. *Factors associated with childhood cancer in a national cohort study*. [Online]

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1971807/> [hämtat 5.4.2017]

Grünwald, C., 2013. Rädslan för Cytotec saknar proportioner. *Expressen*, 29.10.2013.

[Online] <http://www.expressen.se/debatt/radslan-for-cytotec-saknar-proportioner/> [hämtat 14.4.2017]

Helsingfors och Nylands Sjukvårdsdistrikt, 2012. *Igångsättning av förlossningen*. [Online]

http://www.hus.fi/sv/sjukvard/sjukvardstjanster/forlossningar/babyresa/P%20babyresa%20liitteet/synnytyksen_kaynnistaminen_ru.pdf [hämtat 2.4.2017]

Helsingfors och Nylands Sjukvårdsdistrikt, w.y. *Och när det gör ont?* [Online]

<http://www.hus.fi/sv/sjukvard/sjukvardstjanster/forlossningar/babyresa/forlossningen/och-nar-det-gor-ont/Sidor/default.aspx> [hämtat 2.4.2017]

Hildingsson, I., 2003. *Kvinnor förväntningar på och upplevelser av vården under graviditet och förlossning*. Stockholm: Repro Print AB.

Intermountain Healthcare., 2015. *Are there benefits from delayed cord clamping and cutting for a newborn baby?* [Online]

<https://www.youtube.com/watch?v=AVZweFfd8e0> [hämtat 12.4.2017]

Järvenpää, A-L., 2002. *Vastasyntyneen K-vitamiini*. Suomen lastenlääkäriyhdistys ry. [Online]

http://www.suomenlastenlaakariyhdistys.fi/sites/default/files/suositukset/Vastasyntyneen_K_vitamiini.pdf [hämtat 18.4.2017]

Lakka, P., 2017. ”Vanhempia ei voi pakottaa” – Osa vanhemmista kieltää vastasyntyneeltä k-vitamiinipistoksen. *Kaleva.fi*, 23.1.2017. [Online]

<http://www.kaleva.fi/uutiset/kotimaa/vanhempia-ei-voi-pakottaa-osa-vanhemmista-kieltaa-vastasyntyneelta-k-vitamiinipistoksen/749710/> [hämtat 18.4.2017]

Lieberman, E., Lang, A., Cohen, A., D’Agostino Jr, R., Datta, S. & Frigoletto Jr, F., 1996. Association of epidural analgesia with cesarean delivery in nulliparas. *Obstetrics and Gynecology*. 88(6), s. 993-1000. [Online]

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029784496003596> [hämtat 6.4.2017]

Kordi, M., Meybodi, F., Tara, F., Nemati, M. & Shakeri, M., 2014. The Effect of Late Pregnancy Consumption of Date Fruit on Cervical Ripening in Nulliparous Women. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 2(3), s. 150-156. [Online]

http://jmrh.mums.ac.ir/article_2772_0.html [hämtat 10.3.2017]

Lippi, G. & Franchini, M., 2011. Vitamin K in neonates: facts and myths. *Blood transfusions*, 9(1), s. 4-9. [Online]

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3021393/> [hämtat 8.3.2017]

McKinney, P., Juszczak, E., Findlay, E. & Smith, K., 1998. *Case-control study of childhood leukaemia and cancer in Scotland: findings for neonatal intramuscular vitamin K*. [Online]

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9468680> [hämtat 12.4.2017]

Med-Health, 2017. *What Is the Function of Hydrochloric Acid in Stomach?* [Online]

<http://www.med-health.net/function-of-hydrochloric-acid-in-stomach.html> [hämtat 18.4.2017]

Nationalencyklopedin, 2017. *Glykocholsyra. Lecitin. Natriumhydroxid.*

[Online]

<http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/glykocholsyra>

<http://www.ne.se/s%C3%B6k/?t=uppslagsverk&q=lecitin>

<http://www.ne.se/s%C3%B6k/?t=uppslagsverk&q=natriumhydroxid> [hämtat 18.4.2017]

National Institute for Biotechnology Information, 2012. *Pregnancy and birth: Epidurals and painkillers for labor pain relief.* [Online]

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0072751/> [hämtat 5.4.2017]

Olsson, H. & Sörensen, S., 2007. *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv.* (2. uppl.) Stockholm: Liber AB.

Parker, L., Cole, M., Craft, A.W. & Hey, E.N., 1998. *Neonatal vitamin K administration and childhood cancer in the north of England: retrospective case-control study.* [Online]

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9468683> [hämtat 12.4.2017]

Rath, W. & Tsikouras, P., 2015. Misoprostol for Labour Induction after Previous Caesarean Section – Forever a “No Go”? *Geburtshilfe Frauenheilkd*, 75(11), s. 1140-1147.

[Online] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4678051/> [hämtat 30.3.2017]

Roman, E., Fear, N.T., Ansell, P., Bull, D., Draper, G., McKinney, P., Michaelis, J., Passmore, S.J. & von Kries, R., 2002. *Vitamin K and childhood cancer: analysis of individual patient data from six case-control studies.* [Online]

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2746550/> [hämtat 12.4.2017]

Saccone, G. & Berghella, V. 2015. Induction of labour at full term in uncomplicated singleton gestations: a systematic review and metaanalysis of randomized control trials.

American Journal of Obstetrics & Gynecology. 213(5), s. 629-636. [Online]

[http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(15\)00356-7/fulltext](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(15)00356-7/fulltext) [hämtat 12.4.2017]

The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2017. Delayed umbilical cord clamping after birth. Committee Opinion No. 684. *Obstet Gynecol*, 129, s. 5–10. [Online]

<http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Delayed-Umbilical-Cord-Clamping-After-Birth> [hämtat 10.4.2017]

Van Winkel, M., De Bruyne, R., Van De Velde S. & Van Biervliet S., 2009. *Vitamin K, an update for the paediatrician*. [Online]

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18982351> [hämtat 8.3.2017]

Vuori, E. & Gissler, M., 2012. *Föderskor och förlossningsingrepp per sjukhus 2010-2011. Statistikrapport*. Institutet för hälsa och välfärd. [Online]

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103098/Tr27_12.pdf?sequence=1 [hämtat 8.4.2017]

World Health Organization, 2017. *Optimal timing of cord clamping for the prevention of iron deficiency anaemia in infants*. [Online]

http://www.who.int/elena/titles/cord_clamping/en/ [hämtat 10.4.2017]

World Health Organization, 2012. *Optimal timing of cord clamping for the prevention of iron deficiency anaemia in infants. Recommendations* [Online]

http://www.who.int/elena/titles/full_recommendations/cord_clamping/en/ [hämtat 10.4.2017]

Zeldes, K. & Norsigian, J., 2008. *Encouraging Women to Consider a Less Medicalized Approach to Childbirth Without Turning Them Off: Challenges to Producing 'Our Bodies, Ourselves: Pregnancy and Birth'*. Birth, 35(3), s. 245-249.

Bilagor

Bilaga 1: Söktabell av tidigare forskningar

Sökord	Kriterier	Datum	Databas	Träffar	Använda
Childbirth, personal, opinions	Full text	3.4.2017	EBSCO Cinahl Full Text	4	0
Förlossning, önskan, vård	Full text	3.4.2017	Tritonia Finna	1	0
Förlossning, vård, önskemål	Full text	3.4.2017	Tritonia Finna	3	1
Birthing options	Full text	7.4.2017	EBSCO Cinahl Full Text	6	1
Birthing options, discussion, opinion	Full text	7.4.2017	EBSCO Cinahl Full Text	0	0
Birthing options discussed in social media	Full text	7.4.2017	EBSCO Cinahl Full Text	41	3(4)
Childbirth, delivery wishes	Full text	21.4.2017	EBSCO Cinahl Full Text	1	1
Childbirth, differing	Full text	21.4.2017	EBSCO Cinahl Full	0	0

wishes			Text		
--------	--	--	------	--	--

Bilaga 2: Sammandrag av tidigare forskningar

Bibliografi	Titel	Syfte & metod	Resultat
Hildingsson, I., 2003. Institutet för omvårdnad Karolinska insitutet.	Kvinnors förväntningar på och upplevelser av vården under graviditet och förlossning.	Syftet var att beskriva kvinnors förväntningar och upplevelser av mödravården, samt ta reda på deras inställning till kejsarsnitt, hemförlossning och ABC-vård. Arbetet utfördes med frågeformulär och analyserades deskriptivt.	Resultatet visade att kvinnornas önskemål var en trygg förlossningsmiljö, tillräcklig smärtlindring, stöd för att uthärda smärtan, information under förlossningens gång samt att man följer deras diskuterade önskemål inför förlossningen.
Zeldes, K. & Norsigian, J., 2008. Birth, 35(3).	Encouraging women to consider a less medicalized approach to childbirth without turning them off: challenges to producing Our bodies, ourselves: pregnancy and birth	Texten beskriver processen av skrivandet av boken 'Our bodies, ourselves: pregnancy and birth'. Syftet med boken var att informera kvinnor kring deras valmöjligheter då det gäller förlossning, och att uppnå en positiv och tillfredsställande graviditet och förlossningsupplevelse. Man ville även lyfta fram frågan om vissa rutiningrepp faktiskt är till fördel för kvinnan.	Boken blev en blandning mellan faktakunskap och personliga upplevelser. Den uppmanar kvinnor att ställa krav på vården enligt deras egen filosofi, men med evidensbaserad kunskap bakom sig som stöd. Den diskuterar eventuella skador som kan uppstå av onödiga ingrepp, hur man hanterar smärta, förlossningens naturliga gång, och amning.
Martin, C., 2008. British Journal of Midwifery, 16(9).	Birthplanning for midwives and mothers.	Artikeln beskriver vikten av att förbereda kvinnor på att föda, hur det påverkar deras förlossning att känna sig närvarande och delaktiga.	Artikeln presenterar en guide för barnmorskan inför planering av förlossningen, som ska hjälpa till att bättre förstå, möta och föra på tal de önskemål föderskorna har.
Reiger, K. & Dempsey,	Performing birth in a	Undersökningen är en	Resultatet visade att för att

<p>R., 2006. Health Sociology Review, 15(4).</p>	<p>culture of fear: an embodied crisis of late modernity.</p>	<p>litteraturstudie, som diskuterar ett nedåtgående kulturellt och individuellt förtroende på att kvinnan kan klara av en födsel utan medicinska ingrepp.</p>	<p>stöda kvinnorna, och ge dem självförtroendet att ta sig genom förlossningen, är kontakten till barnmorskan och den peppning som de ger under förlossningens gång viktig. Om energin från personerna runt en uppvisar tecken på bekymmer och sympati tar det ned kvinnans kapacitet att ta sig igenom förlossningen.</p>
<p>Newnham, C., 2010. Health Sociology Review, 19(2).</p>	<p>Midwifery directions: The Australian maternity service review.</p>	<p>Det är en undersökning som ser ingående på den australiensiska barnmorskans arbete genom en statlig rapport, och diskuterar framtiden för förlossningen som står vid ett vägskäl mellan tekniska lösningar och kvinnocentrerad vård. Man ser även närmare på rapporter om problematiken med att förlösa under vatten och hemma, och hur man juridiskt kan möta de mödrar som önskar avvikande förlossning i södra Australien.</p>	<p>Man sammanfattar resultaten som så att södra Australien genom diverse lagändringar är på väg mot ett mer öppensinnat förhållningssätt. Man hoppas att barnmorskans och kvinnans nära relation ska få mera uppmärksamhet, och att alternativa vägar till de traditionella ingreppen om görs ska hittas och få vidare spridning. Man hoppas även på en utökning av fristående förlossningscenter ledda av barnmorskor, som ett mellanting mellan hemförlossning och sjukhusvård.</p>
<p>Maier, B., 2010. British Journal of Midwifery, 18(5).</p>	<p>Women's worries about childbirth: making safe choices.</p>	<p>En kvalitativ studie med feministiskt perspektiv utförd i Australien som lyfter fram kvinnors dagliga oro inför förlossning. Studien utfördes med hjälp av intervjuer av 27 kvinnor och identifierade även kvinnornas sociala och</p>	<p>Resultatet visar att kvinnornas stora paradox är att de önskar det bästa för deras baby och vill klara sig utan mediciner och ingrepp, men är rädda och otrygga i att klara av en födsel utan någon medicinsk inblandning. Kvinnorna kände det som att de förväntades ta</p>

		personliga bakgrunder.	smärtlindring och hade accepterat det som deras öde, tillika som de önskade att klara sig utan för babyns hälsas skull. Att önska sig vara stark, men samtidigt sakna stödet omkring sig och tron på deras kroppars förmåga var ett huvudsakligt problem för kvinnorna.
--	--	------------------------	---